



**XV CONGRESO  
DE LA  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE  
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

## **Junta Directiva de la SACCV**

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| Presidente:     | Dr. Carlos Porras Martín             |
| Vicepresidente: | Dr. José Manuel Garrido Jiménez      |
| Secretario:     | Dr. José Francisco Valderrama Marcos |
| Tesorero:       | Dr. José Manuel Vignau Cano          |
| Vocales:        | Dr. José Miguel Barquero Aroca       |
|                 | Dra. María Teresa Conejero Jurado    |
|                 | Dra. José Antonio Corrales Mera      |
|                 | Dr. Antonio González Calle           |
|                 | Dra. María Ángeles Gutiérrez Martín  |

## **COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL**

Coordinación General:  
Dr. Ignacio Muñoz Carvajal  
Dra. María Teresa Conejero Jurado

Organiza:  
Servicio de Cirugía Cardiovascular  
Hospital Universitario Reina Sofía  
Córdoba

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

Dr. José Miguel Barquero Aroca  
Dr. José Antonio Corrales Mera  
Dra. María Teresa Conejero Jurado  
Dr. José Manuel Garrido Jiménez  
Dr. Antonio González Calle  
Dra. María Ángeles Gutiérrez Martín  
Dr. Carlos Porras Martín  
Dr. José Francisco Valderrama Marcos  
Dr. José Manuel Vignau Cano

## **PARTICIPA**



Asociación Española de Perfusión

## **PONENTES Y MODERADORES**

- Dra. Nuria Miranda Balbuena – Sevilla
- Dr. Juan José Otero Forero - Málaga
- Dr. Francisco Gomera Martínez – Granada
- Dr. Rafael Llorens León – Santa Cruz de Tenerife
- Dr. Javier Cobiella – Madrid
- Dr. Christian Muñoz Guijosa – Badalona
- Dr. Manuel Alonso - Oviedo
- Dr. Ángel Luis Fernández González – Santiago de Compostela
- Dra. Ana Isabel García Gutiérrez – Badajoz
- Dr. Guido Guelpi - Italia
- Dr. José María Melero Tejedor – Málaga
- Dr. José Manuel Villaescusa Catalán - Málaga
- Dr. Sergio Cánovas López – Murcia
- Dr. Fernando Hornero Sos – Valencia
- Dr. José Miguel Barquero Aroca – Sevilla
- Dr. Gonzalo de la Morena Valenzuela - Murcia
- Dr. Alberto Forteza Gil – Madrid
- Dr. Sergio Cánovas López – Murcia
- Dr. José Cuenca Castillo – La Coruña
- Dr. Enrique Javier Remartínez Escobar - Melilla
- Dr. Roberto Voces Sánchez – Baracaldo
- Dr. José Francisco Valderrama Marcos – Málaga
- Dr. José Francisco Gutiérrez Díez – Santander
- Dr. Javier Moya González - Córdoba
- Dr. Francisco Portela Torrón – Las Palmas de Gran Canaria
- Dr. Ángel Aroca Peinado - Madrid
- Dr. Carlos Merino Cejas – Córdoba
- Dr. Esteban Sarriá – Málaga
- Dr. José Manuel Garrido Jiménez – Granada
- Dr. Rezza Hosseinpour – Sevilla
- Dr. Manuel Carnero Alcázar – Madrid
- Sr. Francisco Gahete - Barcelona
- Sra. Marta Calvo – Santander
- Sra. Aurea Jurado Morata
- Sr. Carlos García Camacho – Cádiz
- Sr. Rafael Vígara – Córdoba
- Sra. Isabel Jurado - Córdoba
- Dr. Carlos Ballester Cuenca – Zaragoza
- Dr. José Manuel Vignau Cano - Cádiz
- Dr. Jorge Rodríguez-Roda Stuart – Madrid
- Dr. Alfonso Cañas Cañas –Madrid
- Dr. Jacobo Silva Guisasola – Oviedo
- Dr. Ignacio Sainz de Ibarra – Palma de Mallorca
- Dr. Miguel Such Martínez - Málaga
- Dr. Ignacio Muñoz Carvajal – Córdoba
- Dr. José Miguel Borrego Domínguez – Sevilla
- Dr. Andrés Beiras Fernández
- Dr. Lucio Sartor

**Jueves 26 de Septiembre**

16:00 H Apertura de Secretaría

16:00 H **Exposición de Póster**

Póster 1 - **RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO CON PROXICOR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN NUESTRO CENTRO.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Póster 2 - **EXPERIENCIA ENFERMERA EN DOBLE IMPLANTE: MICRA y DAI SUBCUTÁNEO.** María Inmaculada Quesada Martínez<sup>1</sup>, María Rocío Gómez Medialdea<sup>1</sup>, Fabiola Romero Burgos<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen De Las Nieves

Póster 3 - **RUPTURA DE SEPTO INTERVENTRICULAR SECUNDARIO A SCACEST SIN LESIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Edmundo Fajardo-Rodriguez<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, Javier Miguelena-Hycka<sup>1</sup>, Miren Martín-García<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Rafael Muñoz-Pérez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

Póster 4 - **TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA AORTA TRAS INTERVENCION DE DISECCION TIPO A. DISECCION RESIDUAL.** Alejandro González-Caldevilla Fernandez<sup>1</sup>, Isabel Pernía Oreña<sup>1</sup>, Pedro Alados Arboledas<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavara<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez del Castillo<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Póster 5 - **SACO ANEURISMÁTICO CRECIENTE A EXPENSAS DE ENDOLEAK. MANEJO HOLÍSTICO DE COMPRESION DUODENAL EXTRÍNSECA.** Alejandro González-Caldevilla Fernandez<sup>1</sup>, Isabel Pernía Oreña<sup>1</sup>, Pedro Alados Arboledas<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavara<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez del Castillo<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

Póster 6 - **COMPLICACIONES DE TAVI: EL NUEVO ÁREA QUIRÚRGICO DE PACIENTES VALVULARES.** Ignacio Díaz De Tuesta<sup>1</sup>, Frank Fernandez<sup>1</sup>, Mónica Del Pozo<sup>1</sup>, Pedro Aranda<sup>1</sup>, Rafael Castillo<sup>1</sup>, Fernando Calleja<sup>1</sup>. 1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Póster 7 - **EL "STRESS" DE LA PARED DE LA AORTA EN LOS ANEURISMAS DE AORTA ESCENDENTE.** Raúl José Burgos Lázaro<sup>1, 2</sup>, Natalia Burgos Frías<sup>3</sup>, Álvaro Sánchez Calle<sup>1</sup>, Carlos Esteban Martín López<sup>1</sup>, Santiago Serrano-Fiz García<sup>1</sup>, Víctor Ospina Mosquera<sup>1</sup>, Alberto Forteza Gil<sup>4</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda. Madrid. 2) Universidad Autónoma de Madrid. 3) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 4) Departamento de Ciencias de Materiales, Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos. Universidad Politécnica de Madrid.

Póster 8 - **ESTIMULACIÓN CARDIACA PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.** José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Javier Arias Dachary<sup>1</sup>, Jaime Casares Mediavilla<sup>1</sup>, Laura Inga Tavara<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González Caldevilla<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

Póster 9 - **BY PASS DISTAL SOBRE DISTAL COMO TÉCNICA DE SALVAMENTO DE EXTREMIDAD.** Rubén Taboada Martín<sup>1, 2</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

Póster 10 - **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ANOMALÍA DE EBSTEIN EN EL PACIENTE ADULTO.** Ana Isabel Garzón Furné<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Teresa González Vargas<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Póster 11 - **PSEUDOANEURISMA DEL TSVI EN PACIENTE PREVIAMENTE INTERVENIDO DE TETRALOGÍA DE FALLOT.** Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Ana Garzón Furne<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, María Esteban Molina<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Póster 12 - **DESARROLLO E IMPLANTE DE PROGRAMA DE ECMO DE TRASLADO Y ASISTENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA ORIENTAL.** Teresa González Vargas<sup>2</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, Manuel García Delgado<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves 2) Universidad de Granada

Póster 13 - **EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA PUNTUACIÓN ACEFII EN NUESTRO CENTRO.** Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, Javier Miguelena-Hycka<sup>1</sup>, Miren Martín-García<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Rafael Muñoz-Pérez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

Póster 14 - **ABORDAJE INTEGRAL DE LA PATOLOGÍA DE ARCO AÓRTICO.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>. 1) H.U. Virgen de las Nieves.

Póster 15 - **LESIÓN DE ARTERIA CIRCUNFLEJA EN ANULOPLASTIA MITRAL.** Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, Gemma Sánchez-Espín<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa Catalán<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Póster 16 - **RESULTADOS A CORTO PLAZO DE CIRUGÍA DE VARICES CON TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA.** Alessia Miraglia<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Miguel Barquero Alemán<sup>1</sup>, José Miguel Barquero Aroca<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena.

Póster 17 - **GRAN MASA AURICULAR DERECHA.** Cristina Jaén Garrido<sup>1</sup>, María Ángeles Martín Dominguez<sup>1</sup>, José Manuel Vignau Cano<sup>1</sup>, Aníbal Bermúdez García<sup>1</sup>, Carmen Carmona Vela<sup>1</sup>, Eloy Rueda Gomariz<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Puerta del Mar

Póster 18 - **ENDOCARDITIS SUBAGUDA CON DESTRUCCIÓN DE RAÍZ AÓRTICA Y DESINSERCIÓN DE TUBO VALVULADO: ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN?.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Fernando Rodríguez Serrano<sup>2</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves 2) Grupo de Enfermedades Cardiovasculares. Instituto de Investigación Biosanitario de Granada.

Póster 19 - **RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA ANATÓMICA EN POSICIÓN AORTO-FEMORAL CON VENA DE SAFENA POR UNA INFECCIÓN ENDOVASCULAR.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Grupo de Trabajo de Patología Vascul y Endovascular de la SECTCV 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

Póster 20 - **RECONSTRUCCIÓN ESTERNAL CON PLACAS DE TITANEO EN DEHISCENCIA ESTERNAL COMPLICADA.** Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

Póster 21 - **“FAST TRACK” EN ANEURISMAS DE AORTA: UN MODELO DE “AORTIC TEAM”.** Pedro Aranda<sup>1</sup>, José Joaquín Muñoz Ruiz-Canela<sup>1</sup>, Encarnación Cuellar<sup>1</sup>, Ana Medina<sup>1</sup>, Fernando Calleja<sup>1</sup>. 1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Póster 22 - **INFILTRACIÓN VALVULAR AÓRTICA POR CÉLULAS PRO-INFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA.** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Antonio Trujillo Aguilera<sup>1</sup>, Lucio Sartor<sup>1</sup>, Daniela Isabel Hervás Sotomayor<sup>1</sup>, María Bella Ramirez<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>, Alejandra Pera<sup>2</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía 2) IMIBIC (Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba)

Póster 23 - **ENDOCARDITIS SOBRE TAVI. NUEVAS TECNOLOGÍAS, NUEVAS COMPLICACIONES.** Mónica Del Pozo Rodríguez<sup>1</sup>, Pedro Aranda Granados<sup>1</sup>, Aída láñez Ramírez<sup>1</sup>, Celia Estévez Ruíz<sup>1</sup>, Fernando Calleja Rosas<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Regional Universitario de Málaga

Póster 24 - **REEMPLAZO DE ARCO AÓRTICO CON PERFUSIÓN CEREBRAL SELECTIVA ANTERÓGRADA (PCSA) CONTINUA E HIPOTERMIA A 32°C: TÉCNICA “BRANCH FIRST”.** Javier Mauricio Olarte Villamizar<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, Emiliano Rodríguez Caulo<sup>1</sup>, Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Alessia Miraglia<sup>1</sup>, Miguel Barquero Aleman<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

Póster 25 - **EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA NUEVA ESCALA DE ACEF II EN PACIENTES INTERVENIDOS DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA QUIRÚRGICA AISLADA.** Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, Javier Miguelena-Hycka<sup>1</sup>, Miren Martín-García<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Rafael Muñoz-Pérez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

Póster 26 - **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS BIOLÓGICAS TIPO PERCEVAL. NUESTRA EXPERIENCIA.** José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>, Laura Inga Tavera<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González Caldevilla<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>, Pedro Alados Arboledas<sup>1</sup>, Javier Moya Gonzalez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

Poster 27 - **SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: ¿EL INTERVENCIONISMO VASCULAR ES UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA?.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Javier Alejandro Aranda Domene<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Antonio Capel Alemán<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Grupo de Trabajo de Patología Vasculard y Endovascular de la SECTCV 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

Poster 28 - **HEMANGIOMA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO.** José Miguel Borrego Domínguez<sup>1</sup>, Kambiz Rezaei<sup>1</sup>, Belén Ramos Barragan<sup>1</sup>, Amelia Peña<sup>1</sup>, Ana María Hernández Fernandez<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar<sup>1</sup>, Encarnación Gutierrez-Carretero<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Póster 29 - **MANEJO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN POSICIÓN AORTICA CON PRÓTESIS SIN SUTURA PERCEVAL S. DESCRIPCION DE CUATRO CASOS.** Javier Mauricio Olarte Villamizar<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Carlos Velázquez Velazquez<sup>1</sup>, Omar Araji Tiliani<sup>1</sup>, José Miguel Barquero<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

Póster 30 - **TUMOR GIGANTE DE AURÍCULA DERECHA Y RECONSTRUCCIÓN.** José Manuel Villaescusa Catalan<sup>1</sup>, Gemma Sánchez Espin<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria



Póster 31 - **TRAUMATISMO CARDÍACO PENETRANTE CON AGUJA DEBIDO A AUTOAGRESIÓN.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo Díaz<sup>1</sup>, Antonio Jiménez Aceituna<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de la Arrixaca-Murcia

Póster 32 - **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENDOCARDITIS DERECHA AISLADA, UNA DIFÍCIL TAREA.** Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Barbará Segura<sup>1</sup>, Cristina Sánchez<sup>1</sup>, Mireia Fernández<sup>1</sup>, Nuria Arce<sup>1</sup>, Miriam Blanco<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría<sup>1</sup>, Juan Bustamante<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Póster 33 - **HEMOTÓRAX MASIVO TARDÍO TRAS LACERACIÓN DE ARTERIA MAMARIA DERECHA POR FRACTURA ESTERNAL.** Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Barbará Segura<sup>1</sup>, Cristina Sánchez<sup>1</sup>, Nuria Arce<sup>1</sup>, Miriam Blanco<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Póster 34 - **ENFERMERÍA EN TÉCNICAS ENDOVASCULARES Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.** Fabiola Romero Burgos<sup>1</sup>, María Rocío Gómez Medialdea<sup>1</sup>, María Inmaculada Quesada Marínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Póster 35 - **PORQUE HAY VIDA DESPUÉS DE LA ENDOCARDITIS, INDIVIDUALIZACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA..** Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Barbará Segura<sup>1</sup>, Cristina Sánchez<sup>1</sup>, Mireia Fernández<sup>1</sup>, Miriam Blanco<sup>1</sup>, Juan Bustamante<sup>1</sup>. 1) Servicio Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Póster 36 - **PERFUSION EN LA INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HEARTMATE 3.** M.L. Nadal López<sup>1</sup>, A. Mayordomo Anguiano<sup>1</sup>, R. Cuenca Zamorano<sup>1</sup>, L. Serrano Donaire<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Póster 37 - **ANEURISMA FEMORAL SUPERFICIAL POSTRAUMÁTICO COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR CRÓNICO EN MIEMBRO INFERIOR.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia, Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cirugía Vascul y Endovascular 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

Póster 38 - **INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.** Carmen González De La Portilla-Concha<sup>1</sup>, Kambiz Rezaei<sup>1</sup>, Amelia Peña Rodríguez<sup>1</sup>, Belén Ramos Barragán<sup>1</sup>, Encarnación Gutiérrez-Carretero<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar Gomez<sup>1</sup>, Felipe Rodríguez Mora<sup>1</sup>, Aristides De Alarcon<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Póster 39 - **USO DE CARDIOPLEJÍA CALIENTE EN CRIOGLOBULINEMIA.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domenez<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Virgen de la Arrixaca-Murcia.

Póster 40 - **IMPLANTE DE ASISTENCIA BIVENTRICULAR COMO PUENTE A TRASPLANTE EN MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA CON TORMENTA ARRÍTMICA REFRACTARIA.** Cristina Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Bárbara Segura Mendez<sup>1</sup>, Mireia Fernández Gutiérrez<sup>1</sup>, Nuria Arce Ramos<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal Hinojal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría Uríbarri<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Póster 41 - **POSICIONAMIENTO ANÓMALO DE OSTIUM CORONARIO IZQUIERDO EN PACIENTE CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA INTERVENIDA MEDIANTE MINIESTERNOTOMÍA EN J.** Cristina Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Bárbara Segura Mendez<sup>1</sup>, Miriam Blanco Sáez<sup>1</sup>, Nuria Arce Ramos<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal Hinojal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, Juan Bustamante Munguira<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Póster 42 - **COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEVASTADORA TRAS RECAMBIO VALVULAR.** Loreto Berjón<sup>1</sup>, Lucia Pañeda<sup>2</sup>, Nuria Arce<sup>2</sup>, Begoña Gregorio<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>2</sup>, José María Matilla<sup>1</sup>, Manuel Castanedo<sup>1</sup>, Juan Bustamante<sup>2</sup>. 1) Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

16:00 - 17:00 H

**Sesión Póster Fórum**

Moderadores: Dra. Nuria Miranda Balbuena  
H. U. Virgen Macarena. Sevilla  
Dr. Juan José Otero Forero  
H. U. Virgen de la Victoria. Málaga

Poster Fórum 1 - **INTERMACS-1: DESDE RESCATE EN ECMO DE TRANSPORTE A HEARMATE III.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Póster Fórum 2 - **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo Díaz<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de la Arrixaca-Murcia.

Póster Fórum 3 - **ABLACIÓN DE SAFENA CON LÁSER ENDOVASCULAR DE DIODO, EXPERIENCIA DE 3625 CASOS.** Pedro Aranda Granados<sup>1</sup>, Ricardo Muñoz García<sup>1</sup>, Carlos Casado<sup>1</sup>, Gloria García<sup>1</sup>. 1) Hospital Vitas Sanita Internacional

Póster Fórum 4 - **BENEFICIO EN SUPERVIVENCIA CON EL EMPLEO DE LAS VÁLVULAS DE RÁPIDO DESPLIEGUE EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA AISLADA. ESTUDIO DE PROPENSIÓN DE 115 PAREJAS.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

Poster Fórum 5 - **EXPLANTE DE BIOPRÓTESIS PERCEVAL EN ENDOCARDITIS PROTÉSICA TARDÍA.** Aranza Guzón Rementería<sup>1</sup>, Gemma Sánchez-Espín<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa Catalán<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, Carlos Porras Martín<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Poster Fórum 6 - **LOBECTOMÍA + RECONSTRUCCIÓN ATRIAL EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SARCOMA DE EWING CON METÁSTASIS A AURÍCULA IZQUIERDA A TRAVÉS DE VENA PULMONAR INFERIOR.** José Joaquín Domínguez del Castillo<sup>1</sup>, Francisco Javier González García<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Antonio Salvatierra Velázquez<sup>1</sup>, Azahara Blanca Fernández Carbonell<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Távora<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía.

Poster Fórum 7 - **COMPARACIÓN DE LA EXPRESIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL REMODELADO VENTRICULAR ENTRE LAS PRÓTESIS QUIRÚRGICAS Y LAS IMPLANTADAS VÍA TRANSCATÉTER.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.



Poster Fórum 8 - **ESTUDIO COMPARATIVO HEMODINÁMICO ENTRE LAS PRÓTESIS IMPLANTADAS VÍA TRANSCATÉTER Y LAS PRÓTESIS DE RÁPIDO DESPLIEGUE.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

Poster Fórum 9 - **REPARACIÓN VALVULAR MITRAL EN ENDOCARDITIS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO.** Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>, Teresa González Vargas<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

Póster Fórum 10 - **MANEJO DE LA TETRALOGIA DE FALLOT CON CIV Y MAPCAS, UN RETO HIBRIDO.** Camilo Rojas Bermudez<sup>1</sup>, Manuel Melo<sup>1</sup>, Enrique García Torres<sup>1</sup>, Javier Arias Dachary<sup>1</sup>, Lorenzo Boni<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario 12 de Octubre

Poster Fórum 11 - **TMVI POR ESTERNOTOMÍA MEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Ana Isabel Garzón Furne<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves.

Póster Fórum 12 - **IMPLANTE DE DAI SUBCUTÁNEO Y MICRA® COMO SECUENCIA DE TRATAMIENTO EN ENDOCARDITIS SOBRE DISPOSITIVOS DE ELECTROESTIMULACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furne<sup>1</sup>, Abul Reda Abdallah Abdallah<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

Póster Fórum 13 - **TRATAMIENTO DE PSEUDOANEURISMA AÓRTICO GIGANTE PRECOZ TRAS CIRUGÍA DE DISECCIÓN TIPO A.** José Manuel Villaescusa Catalan<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Poster Fórum 14 - **RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO EN PATOLOGIA DE AORTA DESCENDENTE (TEVAR).** Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo Diaz<sup>1</sup>, Antonio Capel Aleman<sup>2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas Lopez<sup>1</sup>. 1) Servicio Cirugía Cardiovascular HCU Virgen De La Arrixaca (Murcia) 2) Servicio Radiología Intervencionista HCU Virgen De La Arrixaca (Murcia)

Poster Fórum 15 - **IMPLANTE DE TAVI TRANSFEMORAL EN PACIENTE CON DOBLE ARCO AÓRTICO Y CRIOGLOBULINEMIA.** Ana Isabel Garzón Furné<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Teresa González Vargas<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Poster Fórum 16 - **MIECTOMÍA SEPTAL BASAL CON ASA DE DIATERMIA.** Miguel Barquero Alemán<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Javier Olarte Villamizar<sup>1</sup>, Alessia Miraglia<sup>1</sup>, José Miguel Barquero Aroca<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM)

Póster Fórum 17 - **TROMBECTOMÍA PULMONAR URGENTE EN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL MASIVO TRAS EVENTO CEREBRAL HEMORRÁGICO.** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, María Teresa Conejero Jurado<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavera<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Lucía Bilbao<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

Poster Fórum 18 - **EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA DEL PACIENTE SOMETIDO CIRUGÍA VALVULAR EN EL POSTOPEATORIO TEMPRANO Y A MEDIO PLAZO.** Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Diego Salmerón Martínez<sup>2</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>2</sup>, Magdalena López Costas<sup>1</sup>, Judith Jiménez Veiga<sup>1</sup>, Concepción Fernández Redondo<sup>1</sup>, Cánovas López Sergio Juan<sup>1</sup>. 1) HCU Virgen de la Arrixaca 2) Universidad de Murcia.

Póster Fórum 19 - **COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL EUROSCORE I Y II PARA PREDECIR LA MORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDIACA.** José María González Santos<sup>1</sup>, Ramón Adolfo Arévalo Abascal<sup>1</sup>, Jaime García Herrero<sup>1</sup>, Marta González Rodríguez<sup>2</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>1</sup>, María Elena Arnáiz García<sup>1</sup>, Carlos Amorós Rivera<sup>1</sup>, Ana María Barral Varela<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Salamanca. 2) Hospital Universitario Central de Asturias.

Póster Fórum 20 - **TÉCNICA DE NIKAI DOH PARA LA TRASPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON ESTENOSIS PULMONAR. NUESTRA EXPERIENCIA.** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Jaime Casares Mediavilla<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Távora<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Lucía Bilbao<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

17:00 H

**Simposio de la Fundación Andaluza de Cirugía Cardiovascular.**

Moderadores: Dr. Francisco Gomera Martínez  
H. U. Virgen de las Nieves. Granada  
Dr. Rafael Llorens León  
Hospiten Rambla. Santa Cruz de Tenerife

- Reparación Mitral  
Dr. Javier Cobiella Carnicer  
H. Clínico San Carlos. Madrid
- SVAo Casos Complejos  
Dr. Christian Muñoz Guijosa  
H.U. Germans Trías i Pujol. Badalona
- Debranching Abdominal  
Manuel Alonso  
H.U. Central de Asturias.
- Asistencia Ventricular Izquierda

Cena Libre

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

**Viernes, 27 de septiembre**

08:30 – 09:30 H

**Sesión de Comunicaciones Cortas**

Moderadores: Dr. Ángel Luis Fernández González  
C. Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela  
Dra. Ana Isabel García Gutiérrez  
H. Universitario de Badajoz. Badajoz

**Corta 1 - ¿DEGENERACIÓN PRECOZ EN PRÓTESIS MITROFLOW? REVISIÓN DE NUESTRA SERIE DE CASOS.** Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, Gemma Sánchez-Espín<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa Catalán<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, Carlos Porras Martín<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Corta 2 - INCIDENCIA Y PREVENCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA.** Ana Belén Navas Portillo<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>, Carlos Manuel Merino Cejas<sup>1</sup> 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Corta 3 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO DESDE LA LLEGADA DE LA ASISTENCIA VENTRICULAR.** José Maria Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Javier Arias Dachary<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Laura Inga Tavera<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González Caldevilla<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía.

**Corta 4 - SISTEMA DE ANCLAJE HELICOIDAL HELI-FX PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOFUGA IA CON ROTURA DEL SACO ANEURISMÁTICO TRAS EVAR. EXPERIENCIA INICIAL.** José Francisco Valderrama Marcos<sup>1, 2</sup>, Alberto Martín Palanca<sup>1</sup>, Arturo Del Toro Ortega<sup>2</sup>, José Joaquín Muñoz Ruiz-Canela<sup>2</sup>, Fernando Calleja Rosas<sup>2</sup>. 1) Hospital Vithas Parque San Antonio 2) Hospital Regional Universitario de Málaga

**Corta 5 - PROTOCOLO DE PROTECCIÓN MIOCÁRDICA CON CARDIOPLEGIA DEL NIDO.** Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Miguel Barquero Alemán<sup>1</sup>, Carlos Santos Jiménez<sup>1</sup>, Alessia Miraglia<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

**Corta 6 - TRASPLANTE DE PULMÓN (TXP) MEDIANTE ASISTENCIA CON OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO).** Raúl José Burgos Lázaro<sup>1, 2</sup>, Álvaro Sánchez Calle<sup>1</sup>, Alejandra Romero Roldán<sup>1</sup>, Natalia Burgos Frías<sup>3</sup>, José Luis Campo Cañaverál<sup>1</sup>, Andrés Varela Ugarte<sup>1</sup>, Carlos Esteban Martín López<sup>1</sup>, Alberto Forteza Gil<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda. Madrid 2) Universidad Autónoma de Madrid. 3) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Corta 7 - RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO DE VARICES CON CIANOACRILATO EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE 50 PACIENTES.** José Francisco Valderrama Marcos<sup>1,2</sup>, Julia Fernández Castañer<sup>2</sup>, Celia Estévez Ruiz<sup>2</sup>, Sergio González González<sup>2</sup>. 1) Hospital Vitas Parque San Antonio 2) Hospital Regional Universitario de Málaga.

Corta 8 - **RECEBADO ATERÓGRADO HEMÁTICO COMO MEDIDA DE REDUCCIÓN DEL IMPACTO NEUROCOGNITIVO EN EL POSTOPERATORIO. RESULTADOS PRELIMINARES.** Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Diego Salmerón Martínez<sup>2</sup>, Mercedes Martínez Molina<sup>1</sup>, Encarnación Tormos Ruiz<sup>1</sup>, Ángel Sornichero Caballero<sup>1</sup>, Alicia Verdú Verdú<sup>1</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>2</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) HCU Virgen de la Arrixaca 2) Universidad de Murcia.

Corta 9 - **CARDIOMIOPATÍA DE ESTRÉS NEUROGÉNICA EN DONANTES DE CORAZÓN.** Felipe Rodríguez Mora<sup>1</sup>, Kambiz Rezaei<sup>1</sup>, Belén Ramos Barragán<sup>1</sup>, Encarnación Gutiérrez Carretero<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar Gómez<sup>1</sup>, José Miguel Borrego Domínguez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen del Rocío

Corta 10 - **PLANIFICACION DE CIRUGÍA AÓRTICA COMPLEJA CON REPLICAS TRIDIMENSIONALES.** Ignacio Díaz De Tuesta<sup>1</sup>, Aida Iañez<sup>1</sup>, Celia Estevez<sup>1</sup>, Esteban Sarria<sup>1</sup>, Pedro Aranda<sup>1</sup>, Fernando Calleja<sup>1</sup>. 1) Hospital Regional universitario Carlos Haya

Corta 11 - **SUPERVIVENCIA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADA CON TAVI vs CIRUGÍA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.** María Teresa Conejero Jurado<sup>1</sup>, Manuel Romero Saldaña<sup>2</sup>, Guillermo Molina Recio<sup>2</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Inga Tavara<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía 2) Facultad Enfermería

Corta 12 - **INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD EN LA MORBI-MORTALIDAD PRECOZ DE LA CIRUGÍA CARDIACA EN ANCIANOS.** José María González Santos<sup>1</sup>, Ramón Adolfo Arévalo Abascal<sup>1</sup>, Myriel López Tatis<sup>1</sup>, Carlos Amorós Rivera<sup>1</sup>, María Teresa Merino Vicente<sup>1</sup>, Marta González Rodríguez<sup>2</sup>, María Elena Arnáiz García<sup>1</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Salamanca 2) Hospital Universitario Central de Asturias.

09:30 – 10:00 H **Simposio Vascular**  
**Dr. Guido Gelpi**

10:00 – 10:30 H Simposio Medtronic.  
**Primero pasos MICSCABG del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.**  
**Enfoque endoscópico**

- Dr. José María Melero Tejedor  
H. U. Virgen de la Victoria. Málaga
- Dr. José Manuel Villaescusa Catalán  
H. U. Virgen de la Victoria. Málaga

11:30 - 10:45 H Inauguración Oficial

10:45 – 11:00 H Café – Área Patrocinadores

11:00 - 12:30 H **Mesa Redonda**  
**Miocardopatía Hipertrófica**

Moderadores: Dr. Fernando Hornero Sos  
H. Clínico Universitario. Valencia  
Dr. José Miguel Barquero Aroca  
H. U. Virgen Macarena. Sevilla

*La visión del Cardiólogo.*

Dr. Gonzalo de la Morena Valenzuela  
H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia

*Miectomía Apical*

Dr. Alberto Forteza Gil  
H. U. Doce de Octubre. Madrid

*Miectomía Septal - Basal*

Dr. Sergio Cánovas López  
H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia

*Empleo de modelos 3D y técnicas accesorias*

Dr. Roberto Voces Sánchez  
Hospital de Cruces. Baracaldo

12:30 - 13:30 H Simposio Patrocinadores – Palex  
**Avanzando en el Reemplazo Aórtico QX sin sutura y la Reparación Mitral.**

Moderador: Dr. Sergio Cánovas López  
H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia

- Preceval Plus – Presente y futuro en el reemplazo Valvular Aórtico  
Dr. José Cuenca Castillo  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- Memo 4D – Reshapping mitrail repair  
Gianluca Salvini  
Hearth Valve Marketing Manager Livanova

13:30 - 14:30 H Simposio Patrocinadores - Medtronic  
**Taller teórico – práctico de eco doppler venoso y cirugía de varices con Venaseal**

Dr. José Francisco Valderrama Marcos  
Hospital Regional Universitario de Málaga  
Dr. Enrique Javier Remartínez Escobar  
Radiólogo. Melilla

14:30 - 16:30 H Almuerzo de Trabajo - Hotel Córdoba Center

16:30 – 17:30 H **Comunicaciones Vídeo**

Moderadores: Dr. José Francisco Gutiérrez Díez  
H. U. Marqués de Valdecilla. Santander  
Dr. Javier Moya González  
H. U. Reina Sofía. Córdoba.

Vídeo 1 - **SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL EN LACTANTE MEDIANTE IMPLANTE DE PROTESIS PULMONAR PERCUTÁNEA ('MELODY')**. José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Jaime Casares Mediavilla<sup>1</sup>, Azahara Blanca Fernández Carbonell<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavera<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía.

Vídeo 2 - **CIRUGÍA MITRAL POR MINITORACOTOMÍA SIN CLAMPAJE**. José Ramón González Rodríguez<sup>1</sup>, Ibrahim Tarhini<sup>1</sup>, Ijaz Khan<sup>1</sup>, José Antonio Corrales Mera<sup>1</sup>, Ana Isabel García Gutiérrez<sup>1</sup>, Rosa María Ávalos Pinto<sup>1</sup>, Luis Miguel Lara Godoy<sup>1</sup>, Sara García Pelaz<sup>1</sup>. 1) HOSPITAL UNIVERSITARIO BADAJOZ.

Vídeo 3 - **TÉCNICA DE DAVID: RECONSTRUCCIÓN MITRO-AÓRTICA**. José Ramón González Rodríguez<sup>1</sup>, Ana Isabel García Gutiérrez<sup>1</sup>, José Antonio Corrales Mera<sup>1</sup>, Ijaz Khan Begun<sup>1</sup>, Ibrahim Said Tarhini<sup>1</sup>, Rosa María Ávalos Pinto<sup>1</sup>, Tomás Pineda Correa<sup>1</sup>, Sara García Pelaz<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Badajoz

Vídeo 4 - **ANEURISMA GIGANTE DE CORONARIA DERECHA ASOCIADO A FISTULA HACIA OTRAS CAVIDADES**. Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Antonio Jiménez Aceituna<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de la Arrixaca-Murcia.

Vídeo 5 - **IMPLANTE DE PERCEVAL EN UN CASO DE BICUSPIDISMO AÓRTICO ASOCIADO A ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE CON ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO**. Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Funes<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

Vídeo 6 - **TECNICA DE IMPLANTE DE TAVI TRANSAXILAR**. Maria del Carmen Carmona Vela, Diego Macías Rubio, Miguel Ángel Gómez Vidal, Tomás Daroca Martínez. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Vídeo 7 - **CIRUGÍA CORONARIA MINIMAMENTE INVASIVA. DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ARTERIA MAMARIA**. José Manuel Villaescusa<sup>1</sup>, José Manuel Angulo Guerrero<sup>1</sup>, Gemma Sánchez Espin<sup>1</sup>, Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, José Maria Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

17:30 – 17:45                      Café – Área de Patrocinadores

17:45 – 19:15 H                      **Mesa Redonda**  
**Congénitas Adultos en nuestro medio**

Moderadores: Dr. Francisco Portela Torrán.  
H. U. Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria  
Dr. Ángel Aroca Peinado  
Madrid

1. Aórtico joven
  - Cirugía reparadora. Operación de Ross  
Dr. Carlos Merino Cejas  
H. U. Reina Sofía. Córdoba
  - Nuevas tecnologías en prótesis valvulares  
Dr. Esteban Sarriá  
H. U. Regional de Málaga
2. Cirugía en cortocircuitos crónicos en adulto joven, o no tan joven.  
Problemática y cómo actuar
  - Cortocircuitos de alto volumen (pretricuspidéos)  
Dr. Reza Hosseinpour  
H. U. Virgen del Rocío. Sevilla



- Cortocircuitos con HTP (postricuspídeos)  
Dr. José Manuel Garrido  
Complejo Hospitalario Universitario. Granada

19:15 – 19:30 H      Información sobre el Registro Nacional  
Dr. Manuel Carnero Alcázar

19:30 H                Asamblea Ordinaria de la SECTCV

21:30 H                Cena Oficial – Bodegas Campos



Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

### Programa Perfusionistas y Enfermería de Quirófano

#### Viernes 27 de Septiembre

- 16:15 – 16:30 Bienvenida y Presentación
- 16:30 – 17:30 H Mesa Redonda I – Nuevos retos para el Perfusionista
- Recuperación de pulmones subóptimos: sistema ex vivo  
Francisco Gahete. Perfusionista Ex – vivo
- 17:30 – 18:00 H Descanso – Café
- 18:00 – 19:00 H Mesa Redonda I – Nuevos retos para el Perfusionista (continuación)
- ECMO en Tx de Pulmón  
Marta Calvo. Perfusionista H. Marqués de Valdecilla
  - Nuestra Experiencia  
Áurea Jurado Morata. Perfusionista. H. Reina Sofía
- 19:00 – 20:00 H Mesa Redonda II – Avances en Monitorización en el Quirófano de Cirugía Cardíaca.
- Monitorización en CEC. Alternativas  
Carlos García Camacho. Perfusionista. H. Puerta del Mar
  - Monitorización en Cirugía Cardíaca  
Rafael Vigara. Enfermero CCV Reina Sofía  
Isabel Jurado. Enfermera CCV Reina Sofía

#### Sábado 28 de Septiembre

09:00 – 09:30 H Presentación de Comunicaciones

1 - **EXPERIENCIA ENFERMERA EN DOBLE IMPLANTE: MICRA y DAI SUBCUTÁNEO.** María Inmaculada Quesada Martínez<sup>1</sup>, Fabiola Romero Burgos<sup>1</sup>, María Rocío Gómez Medialdea<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen De Las Nieves (Póster 2)

2 - **ENFERMERÍA EN TÉCNICAS ENDOVASCULARES Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.** Fabiola Romero Burgos<sup>1</sup>, María Rocío Gómez Medialdea<sup>1</sup>, María Inmaculada Quesada Martínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. (Póster 34)

3 – **ECMO LA ESPERANZA.** Cristina Ruiz Pérez de la Blanca, M<sup>a</sup> Ángeles Lobo, M<sup>a</sup> Jesús Torres Ruiz. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

4 - **PERFUSION EN LA INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HEARTMATE 3.** M.L. Nadal López<sup>1</sup>, A. Mayordomo Anguiano<sup>1</sup>, R. Cuenca Zamorano<sup>1</sup>, L. Serrano Donaire<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves, Granada (Poster 36)

**5 - EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA DEL PACIENTE SOMETIDO CIRUGÍA VALVULAR EN EL POSTOPEATORIO TEMPRANO Y A MEDIO PLAZO.** Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Diego Salmerón Martínez<sup>2</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>2</sup>, Magdalena López Costas<sup>1</sup>, Judith Jiménez Veiga<sup>1</sup>, Concepción Fernández Redondo<sup>1</sup>, Cánovas López Sergio Juan<sup>1</sup>. 1) HCU Virgen de la Arrixaca 2) Universidad de Murcia. (Poster Fórum 18)

**6 - RECEBADO ATERÓGRADO HEMÁTICO COMO MEDIDA DE REDUCCIÓN DEL IMPACTO NEUROCOGNITIVO EN EL POSTOPERATORIO. RESULTADOS PRELIMINARES.** Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Diego Salmerón Martínez<sup>2</sup>, Mercedes Martínez Molina<sup>1</sup>, Encarnación Tormos Ruiz<sup>1</sup>, Ángel Sornichero Caballero<sup>1</sup>, Alicia Verdú Verdú<sup>1</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>2</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>.1) HCU Virgen de la Arrixaca 2) Universidad de Murcia. (Corta 8)

**7 - MALETA TRANSPORTE ECMO DEL EQUIPO PERFUSION HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES.** A. Mayordomo Anguiano<sup>1</sup>, M.L. Nadal López<sup>1</sup>, L. Serrano Donaire<sup>1</sup>, R. Cuenca Zamorano<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves, Granada

09:30 – 10:30 H

Nuevos sistemas en Perfusión – Taller  
NUEVOS EQUIPOS Mr. FROSTY y AUTOLOG IQ  
Alix González de Vega. Especialista Producto Medtronic

10:30 – 12:00 H

XLVIII Reunión de Zona – Área Sur  
Informe de la Vocal de Zona  
MariLuz Recio Recio.

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

**Sábado, 30 de septiembre**

**08:30 – 10:0 H Comunicaciones Orales – Premio “Luis Castellón”**

Moderadores: Dr. Carlos Ballester Cuenca  
H. U. Miguel Servet. Zaragoza  
Dr. José Manuel Vignau Cano  
H. U. Puerta del Mar. Cádiz

Oral 1 - **REPARACIÓN VALVULAR MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA MEDIANTE IMPLANTE DE NEOCHORD®.** Cristina Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Bárbara Segura Mendez<sup>1</sup>, Mireia Fernández Gutiérrez<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal Hinojal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría Uríbarri<sup>1</sup>, Juan Bustamante Munguira<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Oral 2 - **RESULTADOS CLÍNICOS DEL SOPORTE CARDIO-RESPIRATORIO CON ECMO VENO-ARTERIAL EN DIFERENTES ESCENARIOS CLÍNICOS.** José María González Santos<sup>1</sup>, Ramón Adolfo Arévalo Abascal<sup>1</sup>, Paula María Sánchez Vicente<sup>1</sup>, Marta González Rodríguez<sup>2</sup>, Concepción Rubia Martín<sup>1</sup>, Leyre Reta Ajo<sup>1</sup>, Rosa Díez Castro<sup>1</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Salamanca 2) Hospital Universitario Central de Asturias

Oral 3 - **TRATAMIENTO DE VARICES DE VENA SAFENA MEDIANTE VENASEAL. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.** Ignacio Díaz De Tuesta<sup>1</sup>, Francisco Diaz-Cabrera<sup>2</sup>, Juana Ramos<sup>2</sup>, Gala Pascual<sup>2</sup>, Néstor Rocio<sup>1</sup>. 1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga 2) Quirón Salud Tenerife

Oral 4 - **LA EXPRESIÓN DE LA QUINASA LIGADA A INTEGRINA JUEGA UN PAPEL PROTECTOR FRENTE AL DESARROLLO DE LA CALCIFICACIÓN VALVULAR.** Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, Sandra Sánchez Esteban<sup>2</sup>, Paula Reventún<sup>2</sup>, Ignacio Hernández<sup>3</sup>, Carlos Zaragoza<sup>3</sup>, Marta Saura<sup>2</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal 2) Universidad de Alcalá 3) Universidad Francisco de Vitoria

Oral 5 - **IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN ESPAÑA: ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DE DISCREPANCIAS CON LA PRÁCTICA CLÍNICA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.** José López-Menéndez<sup>1</sup>, Laura Varela<sup>2</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Edmundo Fajardo<sup>1</sup>, Mercedes Liliana Castro<sup>1</sup>, Josep Maria Badía<sup>3</sup>, José María Balibrea<sup>4</sup>, Tomasa Centella<sup>5</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Son Espases. Palma De Mallorca. 3) Servicio de Cirugía General. Hospital General de Granollers. Granollers. 4) Servicio de Cirugía General. Hospital Clinic. Barcelona. 5) Servicio de Cirugía Cardíaca De Cardiopatías Congénitas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Oral 6 - **EXTUBACIÓN INMEDIATA EN QUIRÓFANO TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.** Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, Juan Ramón Jiménez Del Valle<sup>1</sup>, Antonio Ramón Fernández López<sup>1</sup>, Javier Mauricio Olarte Villamizar<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>. José Miguel Barquero Aroca. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

Oral 7 - **TAVI TRANSAXILAR. LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.** Diego Macías Rubio<sup>1</sup>, Miguel Ángel Gómez Vidal<sup>1</sup>, Cristina Jaén Garrido<sup>1</sup>, José Manuel Vignau Cano<sup>1</sup>, Tomás Daroca Martínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Puerta del Mar

Oral 8 - **MINITORACOTOMÍA ANTERIOR DERECHA: UN ABORDAJE CONSOLIDADO.** José Maria Melero<sup>1</sup>, Gemma Sanchez-Espin<sup>1</sup>, Arantxa Guzon<sup>1</sup>, Juan Otero<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa<sup>1</sup>, Maria José Mataro<sup>1</sup>, Carlos Porras<sup>1</sup>, Miguel Such<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen De La Victoria. Málaga.

10:15 – 11:30 h

**Mesa Redonda.**

**Enfermedad de la Válvula Tricúspide: Indicaciones y Técnicas**

**Moderadores:** Dr. Jorge Rodríguez-Roda Stuart  
H. U. Ramón y Cajal. Madrid  
Dr. José Francisco Valderrama Marcos  
H. U. Regional de Málaga

- Indicaciones quirúrgicas. Cuando tratarla  
Dr. Alfonso Cañas Cañas  
Complejo Hospitalario Universitario de Toledo
- Anuloplastia tricúspide  
Dr. Jacobo Silva Guisasola  
H. U. Central de Asturias
- Reparación compleja  
Dr. Ignacio Sainz de Ibarra  
H. U. Son Esapases. Palma de Mallorca
- Prótesis para válvulas Tricúspide  
Dr. Miguel Such Martínez.  
Málaga

11:30 - 11:45 H

Descanso – Café

11:45 – 13:00 H

**MESA REDONDA – Asistencia Circulatoria**

**Moderadores:** Dr. Ignacio Muñoz Carvajal  
H. U. Reina Sofía. Córdoba  
Dr. José Miguel Borrego Domínguez  
H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

- Dr. Andrés Beiras Fernández  
Klinikum Universitätsmedizin Mainz
- Dr. Francisco Gutiérrez Díez  
H. U. Marqués de Valdecilla. Santander
- Dr. Lucio Sartor  
H. U. Reina Sofía. Córdoba
- Dr. José Manuel Garrido Jiménez  
H. U. Virgen de las Nieves. Granada

13:00 H Asamblea de la SACCV

14:00 H Fin de Actividades

Almuerzo de Confraternización – Entrega de Premios



Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular



## INFORMACIÓN GENERAL

SEDE: Hotel Córdoba Center

FECHAS: 26, 27 y 28 de Septiembre

SECRETARÍA SACCV: Tfno.: 650414709  
[secretaria@saccv.org](mailto:secretaria@saccv.org)

AGENCIA OFICIAL: Atlanta Congress.  
Avda. Luis Montoto, 107.  
41007 - Sevilla  
Tfno.: 95 458 11 01  
[congresssvq@atlanta.es](mailto:congresssvq@atlanta.es)  
[www.atlanta.es](http://www.atlanta.es)

SECRETARIA: Permanecerá abierta en horario de:  
Jueves: 16.00 a 19.30 h.  
Viernes: 08.30 a 14.00 h. y de 16.00 a 19.30 h.  
Sábado: 08.30 a 13.00 h.

DOCUMENTACIÓN: La inscripción da derecho a: carpeta del congreso, programa científico, certificado de asistencia, cafés entre sesiones, almuerzo del congreso, cena oficial del congreso, almuerzo de confraternización.

Los certificados de la Presentación de los Póster serán entregados en la Secretaría del Congreso

ALMUERZO DE CONFRATERNIZACIÓN:

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular



**COMUNICACIONES ORALES**

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

ORAL 1

**REPARACIÓN VALVULAR MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA MEDIANTE IMPLANTE DE NEOCHORD®.**

Cristina Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Bárbara Segura Mendez<sup>1</sup>, Mireia Fernández Gutiérrez<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal Hinojal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría Uríbarri<sup>1</sup>, Juan Bustamante Munguira<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Justificación** La insuficiencia mitral (IM) degenerativa es la valvulopatía más frecuente en occidente. El perfil clínico de los pacientes se ha ido modificando, incrementándose la comorbilidad y la edad. Esto determina un incremento en el riesgo quirúrgico. Los esfuerzos en el tratamiento de esta patología van dirigidos a la reducción de la agresión quirúrgica; son numerosos los dispositivos diseñados para ello.

**Método** Presentamos el caso de un varón de 84 años con antecedentes de patrón obstructivo moderado, disfunción ventricular ligera, con IM severa por prolapso de velo posterior, P2 por rotura de cuerda y sin dilatación anular.

**Resultados** Mediante toracotomía anterolateral izquierda se implantan, guiado por ecocardiograma 2D y 3D, 4 neocuerdas a través de ápex de ventrículo izquierdo en el velo posterior. Se comprueba resultado con IM ligera central. Se extuba en quirófano según protocolo ultra fast track. Postoperatorio sin complicaciones dándose de alta el cuarto día postoperatorio con IM trivial.

**Conclusiones** La reparación mitral con el dispositivo NeoChord® es una técnica segura, eficaz y fácilmente reproducible que debiera de tenerse en consideración en el tratamiento de la IM por prolapso de velo posterior y sin dilatación anular al reducir la agresión quirúrgica y obtenerse unos buenos resultados.

ORAL 2

**RESULTADOS CLÍNICOS DEL SOPORTE CARDIO-RESPIRATORIO CON ECMO VENO-ARTERIAL EN DIFERENTES ESCENARIOS CLÍNICOS.**

José María González Santos<sup>1</sup>, Ramón Adolfo Arévalo Abascal<sup>1</sup>, Paula María Sánchez Vicente<sup>1</sup>, Marta González Rodríguez<sup>2</sup>, Concepción Rubia Martín<sup>1</sup>, Leyre Reta Ajo<sup>1</sup>, Rosa Díez Castro<sup>1</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Salamanca 2) Hospital Universitario Central de Asturias

**Justificación.** El uso de ECMO está creciendo de manera exponencial. Es necesario conocer los resultados para optimizar las indicaciones. Analizamos los resultados de ECMO veno-arterial en diferentes escenarios.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de 86 pacientes a los que se implantó ECMO en diferentes contextos clínicos: post-cirugía (38), post-infarto (17) y parada cardio-respiratoria (PCR) (38). La indicación más frecuente fue el shock cardiogénico (80). Analizamos la supervivencia y la eficacia de la terapia (capacidad de desconectar al paciente por mejoría o mantenerlo vivo hasta el implante de otra asistencia o el trasplante).

**Resultados.** La mediana del tiempo de asistencia fue 96 horas (48-168). En 43 pacientes se retiró la ECMO por mejoría, en 6 se escaló a otra asistencia (1 trasplantado) y 2 fueron trasplantados. El 37.2% de los pacientes fueron dados de alta y 34.7% estaban vivos a los 3 meses. Se consideró que la ECMO fue efectiva en el 59.3%, siendo mayor la posibilidad de éxito en post-infarto (69.6%) que en post-cirugía (56.0%) o PCR (55.3%).

**Conclusiones.** El soporte con ECMO permite recuperar un elevado porcentaje de pacientes con fracaso ventricular o tormenta arrítmica. No obstante, implica elevada morbilidad y solo un tercio de los pacientes sobreviven 3 meses.

ORAL 3

**TRATAMIENTO DE VARICES DE VENA SAFENA MEDIANTE VENASEAL. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.**

Ignacio Díaz De Tuesta<sup>1</sup>, Francisco Diaz-Cabrera<sup>2</sup>, Juana Ramos<sup>2</sup>, Gala Pascual<sup>2</sup>, Néstor Rocio<sup>1</sup>. 1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga 2) Quirón Salud Tenerife

**Fundamentos.** La ablación de la vena safena mediante cianocrilato (Venaseal®) es un procedimiento endoluminar no térmico de sellado rápido por adhesivo tisular que no requiere teóricamente uso de presoterapia.

**Métodos.** Desde mayo de 2017 a Agosto de 2019 se han realizado 83 procedimientos Venaseal a 71 pacientes (59 unilaterales, 12 bilaterales). El 91% fue combinado con flebectomía. En el 83% de los casos se empleó solo anestesia local.

**Resultados.** Tiempos quirúrgicos superiores a cirugía convencional o radiofrecuencia. Oclusión venosa intraquirúrgica en 100% de los casos. En el 53% se precisó al menos una segunda canalización para sellar una segunda safena, un segmento no navegable, o segmentos excluidos por cirugía convencional previa. Complicaciones: Un caso de recanalización parcial proximal diferida en paciente de 87 años, IMC 43, con úlceras varicosas e incapacidad para presoterapia. Dos casos de reacción cutánea segmentaria en muslo autolimitada. Un caso de migración tardía de adhesivo a unión fémoro-safena con edema de pierna, sin TEP, resuelto en dos meses. Un caso de fallo mecánico de pistola liberadora.

**Conclusiones.** Venaseal es un procedimiento muy cómodo para los pacientes, con tasas de exclusión de safena óptimas, pero no exento de complicaciones, aunque inferiores a otros procedimientos ablativos

Oral 4

**LA EXPRESIÓN DE LA QUINASA LIGADA A INTEGRINA JUEGA UN PAPEL PROTECTOR FRENTE AL DESARROLLO DE LA CALCIFICACIÓN VALVULAR.**

Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, Sandra Sánchez Esteban<sup>2</sup>, Paula Reventún<sup>2</sup>, Ignacio Hernández<sup>3</sup>, Carlos Zaragoza<sup>3</sup>, Marta Saura<sup>2</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal 2) Universidad de Alcalá 3) Universidad Francisco de Vitoria

**Introducción.** La quinasa ligada a integrina endotelial (ILK) juega un papel crucial en la transducción de señales de fuerzas hemodinámicas al interior celular. Analizamos su posible implicación en el desarrollo de calcificación de la válvula aórtica (VAo).

**Métodos.** Se estableció una relación entre la expresión de ILK endotelial y la aparición de depósitos cálcicos. Se analizó la expresión de mRNA de ILK mediante RT-qPCR, y su expresión proteica mediante western blot e inmunohistoquímica.

**Resultados.** Se obtuvieron VAo de 20 pacientes (80% varones, edad media 64 años, degenerativas calcificadas 65%).

Mediante tinción Rojo Alizarin y Von Kossa un 25% estaban libres de calcio, 25% calcificaciones microscópicas, 50% calcificaciones macroscópicas.

Se observó disminución progresiva de expresión de ILK tanto a nivel de mRNA como de niveles proteicos según avanzaba el grado de calcificación. Además, la ruta de la proteína morfogénica ósea-2 (BMP-2) se encontró elevada en las muestras valvulares calcificadas, con una relación inversa estadísticamente significativa entre los niveles de BMP-2 e ILK. Se encontró disminución de expresión de otros marcadores celulares típicos del endotelio.

**Conclusiones.** La expresión de ILK endotelial juega un papel crucial en la calcificación valvular mediante la activación de un proceso de transdiferenciación a tejido con capacidad osteogénica.

Oral 5

**IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN ESPAÑA: ENCUESTA PARA EVALUACIÓN DE DISCREPANCIAS CON LA PRÁCTICA CLÍNICA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.** José López-Menéndez<sup>1</sup>, Laura Varela<sup>2</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Edmundo Fajardo<sup>1</sup>, Mercedes Liliانا Castro<sup>1</sup>, Josep Maria Badía<sup>3</sup>, José María Balibrea<sup>4</sup>, Tomasa Centella<sup>5</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Son Espases. Palma De Mallorca. 3) Servicio de Cirugía General. Hospital General de Granollers. Granollers. 4) Servicio de Cirugía General. Hospital Clinic. Barcelona. 5) Servicio de Cirugía Cardíaca De Cardiopatías Congénitas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción.** Un panel nacional de expertos de Sociedades Científicas Quirúrgicas ha remarcado su preocupación por el desconocimiento del grado de implementación de medidas basadas en la evidencia para prevención de infección de herida quirúrgica (IHQ).

**Métodos.** Este panel de expertos diseñó un cuestionario on-line (SurveyMonkey©) constituido por 59 preguntas comunes a toda especialidad quirúrgica, más 5 preguntas específicas de cirugía cardiovascular.

**Resultados.** Respondieron a la encuesta 82 cirujanos cardiovasculares de todo el país, repartidos por igual en 1-10 años de experiencia (43%), 11-20 años (27%) y >20 años (30%). Existe un alto grado de conocimiento de protocolos específicos de preparación quirúrgica (99%), seguridad en quirófano (87%) y aislamiento de contacto (96%). La encuesta evidenció discrepancias en 4 medidas con recomendación fuerte (OMS): métodos de screening/tratamiento de portadores SAMR, rasurado vello, tipo/uso de antisépticos cutáneos y duración de profilaxis antibiótica. Existieron divergencias con 3 recomendaciones condicionales (OMS): valoración nutricional preoperatoria, uso profiláctico de presión negativa y uso de suturas recubiertas.

**Conclusión.** Se han detectado posibles áreas de mejora para la prevención de IHQ en España, ya que existen discrepancias entre la práctica clínica diaria en Cirugía Cardiovascular y las medidas recomendadas basadas en la evidencia.

Oral 6

**EXTUBACIÓN INMEDIATA EN QUIRÓFANO TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.** Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, Juan Ramón Jiménez Del Valle<sup>1</sup>, Antonio Ramón Fernández López<sup>1</sup>, Javier Mauricio Olarte Villamizar<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

**Justificación.** Comparar los resultados tras la extubación inmediata en quirófano o *ultra fast-track* (EuFT) frente a la extubación convencional (EC) en una unidad de cuidados intensivos (UCI) en pacientes adultos sometidos a cirugía cardiovascular.

**Método.** Análisis longitudinal retrospectivo de 1.412 pacientes (Edad: 67,2±11,3; Hombres: 63,1%; EuroSCORE logístico: 9,2±11,1; EuroSCORE II: 3,3±6,4) mayores de 18 años que requirieron cirugía cardiovascular en un solo centro. Entre Diciembre 2014-Diciembre 2016 se empleó la EC en 713 (50,5%) pacientes y entre Diciembre 2016-Diciembre de 2018, la EuFT en 699 (49,5%).

**Resultados.** Las características pre e intraoperatorias fueron similares entre los grupos. La EuFT reduce la incidencia de fibrilación auricular (21,6% vs 32,3%, p< 0,001), arritmias ventriculares (1,4% vs 3,7%, p=0,010), insuficiencia cardíaca (3,9% vs 8,8%, p< 0,001), fallo cardíaco izquierdo (3,2%vs 6,5%, p=0,003) y politrasfusión (1,3% vs 3,1%, p=0,028). Aunque no se observaron diferencias estadísticas significativas, ningún paciente en el grupo EuFT presentó endocarditis, neumonía asociada a la ventilación mecánica, síndrome de dificultad respiratoria aguda o traqueotomía. Se asoció a una menor estancia en UCI (4,8±3,1 vs 5,9±7,7 días, p=0,036) y mortalidad hospitalaria (1,9% vs 4,1%, p=0,18).

**Conclusiones.** La EuFT es una práctica factible y segura, vinculada a una menor morbilidad y estancia en UCI.

Oral 7

**TAVI TRANSAXILAR. LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.** Diego Macías Rubio<sup>1</sup>, Miguel Ángel Gómez Vidal<sup>1</sup>, Cristina Jaén Garrido<sup>1</sup>, José Manuel Vignau Cano<sup>1</sup>, Tomás Daroca Martínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Puerta del Mar

**Justificación.** En el año 2017 se comenzó a realizar en nuestro servicio la técnica TAVI por vía transaxilar. Desde entonces se ha instaurado como nuestra vía de acceso preferente. Exponemos en este trabajo nuestros resultados con dicha vía en estos tres años.

**Métodos.** La técnica se realiza en quirófano, intervenido por dos cirujanos cardíacos, generalmente por vía subclavia izquierda, con exposición del paquete vascular. El sistema de liberación es el mismo que por vía transfemorale.

**Resultado.** Se han implantado un total de 87 prótesis por esta vía, 3 de ellos por subclavia derecha. 70 Abbot Portico, 16 Medtronic Evolut y 1 Edwards Sapiens. La media de la población es 79 años, Euroscore I 11,8, Euroscore II 3,09 y una estancia media en la unidad de recuperación de 1,8 días. Tras la curva de aprendizaje, la mortalidad es del 3% (euroscore I medio de 18,9 en esos pacientes). Complicaciones vasculares en 3 casos (1 estenosis y 2 disecciones con tratamiento endovascular).

**Conclusiones.** La vía transaxilar ha demostrado, en nuestro centro, ser una excelente alternativa al resto de opciones, con un perfil similar al acceso transfemorale.

Oral 8

**MINITORACOTOMÍA ANTERIOR DERECHA: UN ABORDAJE CONSOLIDADO.** José María Melero<sup>1</sup>, Gemma Sanchez-Espin<sup>1</sup>, Arantxa Guzon<sup>1</sup>, Juan Otero<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa<sup>1</sup>, María José Mataro<sup>1</sup>, Carlos Porras<sup>1</sup>, Miguel Such<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen De La Victoria. Málaga.

**Fundamento.** La minitoracotomía anterior derecha es un abordaje alternativo a la esternotomía media para tratar patología mitral, tricúspide y defectos interauriculares. Además de evitar las complicaciones asociadas a la esternotomía, este abordaje aporta ventajas estéticas, menor dolor postoperatorio y recuperación precoz.

**Métodos.** Entre Enero de 2013 y Junio de 2019 se intervinieron a través de una minitoracotomía anterior derecha (Seis centímetros) 106 pacientes con una edad media de 56,7 años (rango 16 - 81). Los procedimientos realizados fueron: 46 reparaciones mitrales, 30 recambios mitrales, 15 recambios tricúspides y 15 cierres de comunicaciones interauriculares. 18 pacientes tenían cirugía cardíaca previa. El euroscore medio fue 6,08.

**Resultados.** La mortalidad hospitalaria fue 0,9% (1 paciente). La reconversión a esternotomía se realizó en 6 pacientes. El tiempo medio de clampaje y CEC fue 88 minutos y 137 minutos respectivamente. Entre las complicaciones se registraron 3 reoperaciones por sangrado y 1 distrés respiratorio. La estancia hospitalaria media fue de 5,8 días (2-40). El 78% de los pacientes no recibió transfusión de hemáties. El grado de satisfacción de los pacientes fue muy alto.

**Conclusiones.** La minitoracotomía anterior derecha es una alternativa segura a la esternotomía al menos con los mismos estándares de calidad y morbimortalidad.





**COMUNICACIONES ORALES CORTAS**

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

Oral Corta 1

**¿DEGENERACIÓN PRECOZ EN PRÓTESIS MITROFLOW? REVISIÓN DE NUESTRA SERIE DE CASOS.** Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, Gemma Sánchez-Espín<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa Catalán<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, Carlos Porrás Martín<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Justificación.** La prótesis Mitroflow (Sorin Group Inc., Mitroflow Division; Vancouver, Canadá) es una bioprótesis de pericardio bovino, disponible en el mercado desde 1982. Se ha presentado tradicionalmente como opción en anillos pequeños como alternativa a la ampliación debido a su favorable perfil hemodinámico, por su stent de escaso calibre y velos montados externamente lo que nos ofrece un orificio efectivo superior al de otras bioprótesis disponibles en el mercado. Si bien, durante los últimos años algunos estudios han sugerido un porcentaje preocupante de degeneración protésica precoz en estas válvulas. Revisamos nuestra serie de casos para conocer la incidencia entre nuestros pacientes.

**Métodos.** Contamos con una serie de 128 pacientes entre enero de 2011 y abril de 2017. Se realiza seguimiento clínico y ecocardiográfico hasta junio de 2019

**Resultados.** Tras seguimiento clínico y ecocardiográfico, hallazgo de un caso de degeneración protésica en paciente con prótesis Mitroflow del número 21 a los ocho años y medio de su implante solventándose con implante de TAVI debido a comorbilidad importante.

**Conclusiones.** La prótesis Mitroflow es una opción segura en pacientes subsidiarios de implante de bioprótesis, especialmente con anillos pequeños por su favorable hemodinámica.

CORTA 2

**INCIDENCIA Y PREVENCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA.** Ana Belén Navas Portillo<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>, Carlos Manuel Merino Cejas<sup>1</sup> 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Justificación.** La Fibrilación Auricular es una complicación frecuente tras Cirugía Cardíaca, con una incidencia de entre el 15 y el 50%, dependiendo del tipo de cirugía. Se piensa en una etiología multifactorial pero sin clara evidencia. Además se han llevado a cabo numerosos ensayos clínicos comparando diferentes tratamientos sin que se haya llegado a un consenso para establecer una profilaxis.

**Método.** 192 pacientes sin datos de Fibrilación Auricular previa, intervenidos de bypass coronario, recambio valvular aórtico o ambas intervenciones concomitantes fueron incluidos en el estudio. Se realizó un análisis estadístico bivariante mediante la prueba t de Student y el test Chi-Cuadrado. Para identificar los factores predictores independientes se realizó un análisis multivariante. Se trabajó con una significación estadística del 95% y una potencia del 80%.

**Resultados.** La incidencia global fue del 31'3%. Se reconocieron la edad ( $p < 0'001$ ), dilatación de la aurícula izquierda ( $p = 0'001$ ) y necesidad de transfusión intraoperatoria ( $p = 0'006$ ) como factores de riesgo. Los betabloqueantes han demostrado disminuir la incidencia global de Fibrilación Auricular ( $p < 0'001$ ).

**Conclusiones.** Este estudio presenta implicaciones clínicas significativas al arrojar cierta evidencia en el uso de betabloqueantes como profilaxis. Será necesario seguir investigando para dilucidar qué factores de riesgo están implicados con mayor fuerza.

## CORTA 3

**TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO DESDE LA LLEGADA DE LA ASISTENCIA VENTRICULAR.** José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Javier Arias Dachary<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Laura Inga Távora<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González Caldevilla<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>.  
1) Hospital Universitario Reina Sofía.

**Justificación.** Pretendemos analizar nuestra población de pacientes trasplantados desde que se implantó la primera asistencia ventricular en nuestro servicio para poder valorar el impacto que ha tenido la misma.

**Método.** Entre 2009 a 2017, fueron realizados 23 trasplantes ortotópicos con técnica bicava en 22 pacientes (1 paciente se retrasplantó) de entre 0-16 años.

El diagnóstico más frecuente fue el grupo de las miocardiopatías (15). El resto fueron cardiopatías congénitas siendo la más frecuente el ventrículo único.

De ellos, 8 pacientes se encontraban en peores condiciones cumpliendo criterios de asistencia ventricular y fueron implantados 7 Berlin Heart Excor y 1 ECMO. El diagnóstico de estos pacientes fue miocardiopatía (5), ALCAPA (1) y fibroelastosis (1).

Los diagnósticos no difieren significativamente entre los dos grupos.

**Resultados.** Se realizaron 13 trasplantes y 2 retrasplantes sin asistencia encontrando 4 éxitos (26,67%), evolucionando bien el resto. En el grupo asistencia tras 8 trasplantes, 6 evolucionaron bien encontrando 2 éxitos en la serie (25%).

El test exacto de Fisher no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

**Conclusiones.** La asistencia ventricular es una herramienta que permite igualar la mortalidad de los pacientes más graves que se trasplantan respecto a los que parten de mejores condiciones.

## CORTA 4

**SISTEMA DE ANCLAJE HELICOIDAL HELI-FX PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOFUGA IA CON ROTURA DEL SACO ANEURISMÁTICO TRAS EVAR. EXPERIENCIA INICIAL.** José Francisco Valderrama Marcos<sup>1, 2</sup>, Alberto Martín Palanca<sup>1</sup>, Arturo Del Toro Ortega<sup>2</sup>, José Joaquín Muñoz Ruiz-Canela<sup>2</sup>, Fernando Calleja Rosas<sup>2</sup>. 1) Hospital Vithas Parque San Antonio 2) Hospital Regional Universitario de Málaga

**Justificación.** Una de las posibles complicaciones tras el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal mediante endoprótesis bifurcada (EVAR) es la migración de la prótesis con aparición de endofuga tipo IA, dilatación del saco aneurismático y su rotura. El desarrollo de un sistema de anclaje proximal mediante espirales (Heli-FX) permite tratar esta complicación. Describimos su uso en los dos primeros casos realizados a nivel regional.

**Material y métodos.** Dos casos: 1- Varón 73 años, EVAR 3 años antes, mínima endofuga tipo II trombosada posteriormente. Endocarditis aórtica que requiere sustitución valvular 1 año antes. Sin controles desde entonces. Ingreso urgente: dolor abdominal, angioTAC sugestivo de rotura de saco aneurismático (de 68 a 82 mm), migración distal de endoprótesis y endofuga IA. 2- Varón 83 años, EVAR 4 años antes, endofuga IA y II no tratadas (edad avanzada, comorbilidades, insuficiencia renal). Controles estables. Ingreso urgente por dolor abdominal. AngioTAC: rotura del saco aneurismático (diámetro de 62 a 92 mm). Tratamiento de ambos con endoprótesis proximal, coils y sistema Heli-Fx.

**Resultados.** Sin endofuga ni migración en controles

**Conclusiones.** El sistema de fijación helicoidal es útil como complemento al tratamiento estándar de la rotura del saco aneurismático por migración distal tras EVAR.

CORTA 5

**PROTOCOLO DE PROTECCIÓN MIOCÁRDICA CON CARDIOPLEGIA DEL NIDO.** Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Miguel Barquero Alemán<sup>1</sup>, Carlos Santos Jiménez<sup>1</sup>, Alessia Miraglia<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

**Justificación.** Establecer un protocolo con cardioplegia Del Nido (CDN) que garantice una correcta protección miocárdica en adultos sometidos a cirugía cardiovascular.

**Método.** Análisis retrospectivo de 112 pacientes que recibieron dosis única de CDN (10-20ml/kg a 4°C por vía anterógrada). No se administraron dosis de repetición, salvo aparición de actividad eléctrica espontánea o períodos de isquemia miocárdica prolongados, ni dosis de reperfusión. Empleamos normotermia sistémica de manera rutinaria, excepto en procedimientos sobre aorta que requirieron parada circulatoria. Utilizamos adicionalmente cebado autólogo retrógrado, ultrafiltración y sistema de recuperación celular.

**Resultados.** La parada electromecánica en diástole fue efectiva en todos los casos. Los procedimientos realizados fueron: cirugía valvular (75,89%), cirugía coronaria (2,67%), cirugía combinada (4,46%) y cirugía de aorta (16,96%). Los tiempos medios de isquemia miocárdica y circulación extracorpórea (CEC) fueron 77,77 y 94,94 min, respectivamente. Tras el desclampaje aórtico, 13,4% presentaron fibrilación ventricular. El destete de CEC se realizó sin necesidad de soporte circulatorio mecánico y con dosis bajas/medias de soporte inotrópico y vasopresor en el 100%. No evidenciamos cambios significativos en parámetros hematológicos ni bioquímicos. Evolución normal de enzimas de daño miocárdico en 97,32%. La supervivencia hospitalaria fue 96,42%.

**Conclusiones.** Implementar un protocolo con CDN constituye una estrategia reproducible, segura y eficaz.

CORTA 6

**TRASPLANTE DE PULMÓN (TXP) MEDIANTE ASISTENCIA CON OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO).** Raúl José Burgos Lázaro<sup>1, 2</sup>, Álvaro Sánchez Calle<sup>1</sup>, Alejandra Romero Roldán<sup>1</sup>, Natalia Burgos Frías<sup>3</sup>, José Luis Campo Cañaverál<sup>1</sup>, Andrés Varela Ugarte<sup>1</sup>, Carlos Esteban Martín López<sup>1</sup>, Alberto Forteza Gil<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda. Madrid 2) Universidad Autónoma de Madrid. 3) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

El objetivo del estudio es comparar los resultados precoces y a medio plazo, de los trasplantados que precisaron ECMO frente a los que NO precisaron.

Se han trasplantado 145 pacientes (enero 2015-junio de 2018). 35.2% precisaron ECMO. Presentaban fibrosis intersticial 42%, enfisema 34.5%, fibrosis quística 15.2%, otras causas 8.3%. Grado funcional previo, (NYHA): grado I (4.8%), grado II (15.8%), grado III (65,5%), y grado IV (22.7%). La presión media pulmonar (PMP) fue: < 25 mm de Hg en (46.9%), entre 26 y 50 mm de Hg (31.7%), y >51 mm de Hg (21.4%), media de 45 mm de Hg.

No hubo diferencias en los dos grupos: edad, sexo, grado funcional (NYHA), tipo de cirugía, (electiva/urgente). El punto de significación para precisar ECMO fue: PMP >54 mm de Hg de PMP. Mortalidad hospitalaria global 16 paciente (11%). La mortalidad NO-ECMO (5/94), y los que precisaron ECMO (11/51), fue significativa ( $p=0.005$ ) y OR=4.98. La supervivencia a medio plazo (3 años), similar en ambos grupos ( $p=0.08$ ).

El ECMO, es una alternativa eficaz al TXP. La mortalidad hospitalaria fue significativamente mayor en los casos que precisaron ECMO. La calidad de vida y supervivencia a medio plazo fue semejante en ambos casos.

CORTA 7

**RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO DE VARICES CON CIANOACRILATO EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE 50 PACIENTES.** José Francisco Valderrama Marcos<sup>1,2</sup>, Julia Fernández Castañer<sup>2</sup>, Celia Estévez Ruiz<sup>2</sup>, Sergio González González<sup>2</sup>. 1) Hospital Vithas Parque San Antonio 2) Hospital Regional Universitario de Málaga.

**Justificación.** El sellado de la vena safena interna con cianoacrilato (Venaseal) permite el tratamiento de las varices tronculares de forma endovascular sin precisar el uso de medias elásticas de compresión ni anestesia tumescente. Los resultados a medio plazo en España han sido escasamente reportados.

**Material y Métodos.** 50 pacientes (13 varones, 37 mujeres) consecutivos intervenidos mediante Venaseal en 28 meses. Edad media 49 años (rango 24-74 años). Reflujo moderado o severo en cayado de vena safena mayor- CEAP medio 2,80 (rango 1-6). Calibre medio de vena safena mayor 7,95 mm (rango 5-13 mm). 27 miembro derecho (54%) y 23 miembro izquierdo. Control ecográfico al mes, 6, 12 y 24 meses.

**Resultados.** 1 paciente precisó anestesia espinal, 9 generales (por petición propia) y el resto local con o sin sedación. Abordaje por punción en el 80% de los casos. 80% requirió 1 sólo abordaje. Oclusión completa en el 98% mantenida a lo largo de todo el seguimiento. 10% colaterales residuales. 24% eritema transitorio. 12% hiperpigmentación transitoria. 1 caso de posible alergia a cianoacrilato.

**Conclusiones.** El sellado de la vena safena interna con cianoacrilato es un método eficaz y seguro a corto y medio plazo.

CORTA 8

**RECEBADO ATEROGRADO HEMÁTICO COMO MEDIDA DE REDUCCIÓN DEL IMPACTO NEUROCOGNITIVO EN EL POSTOPERATORIO. RESULTADOS PRELIMINARES.** Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Diego Salmerón Martínez<sup>2</sup>, Mercedes Martínez Molina<sup>1</sup>, Encarnación Tormos Ruiz<sup>1</sup>, Ángel Sornichero Caballero<sup>1</sup>, Alicia Verdú Verdú<sup>1</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>2</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) HCU Virgen de la Arrixaca 2) Universidad de Murcia.

**Justificación o Fundamento.** La Cirugía Cardiovascular ha sido asociada a alteraciones cognitivas que continúan estando presentes en más del 50% de los casos, siendo más sensibles los pacientes sometidos a cirugía valvular. Existen factores modificables relacionados con la CEC, existiendo nuevas técnicas como HAR que pretenden ser una herramienta en la disminución del impacto del proceso, es por ello que se requiere su evaluación en términos neurocognitivos, además de los transfusionales, para su validación.

**Métodos.** Se realiza un estudio prospectivo randomizado a cuádruple ciego como parte de un ensayo clínico para la validación de la técnica, mostrando los resultados obtenidos a nivel de memoria y funciones ejecutivas por medio de FOTOTEST y Test del Reloj comparando el estado previo con postoperatorio temprano y a medio plazo

**Resultados.** Se encontraron diferencias significativas entre grupos la comparación de Fototest basal y a los 4 meses tras el alta así como para el Test del reloj entre el basal y el postoperatorio a medio plazo.

**Conclusiones.** La aplicación de HAR puede asociarse a una mejoría significativa en términos neurocognitivos a corto y medio plazo respecto a tratamiento con CEC y hemofiltración a pesar de valores similares de Hgb nadir y final.

CORTA 9

**CARDIOMIOPATÍA DE ESTRÉS NEUROGÉNICA EN DONANTES DE CORAZÓN.** Felipe Rodríguez Mora<sup>1</sup>, Kambiz Rezaei<sup>1</sup>, Belén Ramos Barragán<sup>1</sup>, Encarnación Gutiérrez Carretero<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar Gómez<sup>1</sup>, José Miguel Borrego Domínguez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen del Rocío.

La cardiomiopatía de estrés neurogénica es una condición fisiopatológica transitoria tras un daño neurológico grave que pone en duda la validez del corazón de un potencial donante para un trasplante cardíaco. Ésta cursa con anomalías de la contractilidad del ventrículo izquierdo habitualmente visibles por ecocardiografía que no afectan a territorios irrigados por una arteria coronaria en concreto. Su diagnóstico a la hora de evaluar un potencial donante cardíaco es crucial para no desestimar órganos sanos dados la escasez de los mismos a la que nos enfrentamos hoy día. La fisiopatología de esta condición debe ser entendida y tenida en cuenta por los facultativos implicados en los equipos de trasplante cardíaco. Para así, poder diferenciarla de patologías como la cardiopatía isquémica que sí genera un daño irreversible en el miocardio y pone en riesgo la supervivencia del paciente trasplantado. A continuación explicaremos los datos claves para diagnosticar esta anomalía a propósito de un caso.

CORTA 10

**PLANIFICACION DE CIRUGÍA AÓRTICA COMPLEJA CON REPLICAS TRIDIMENSIONALES.** Ignacio Díaz De Tuesta<sup>1</sup>, Aida Iañez<sup>1</sup>, Celia Estevez<sup>1</sup>, Esteban Sarria<sup>1</sup>, Pedro Aranda<sup>1</sup>, Fernando Calleja<sup>1</sup>. 1) Hospital Regional universitario Carlos Haya

**Fundamentos.** Uno de los desafíos de la cirugía aórtica compleja es la variabilidad anatómica consecuencia de factores congénitos y modificaciones producidas por enfermedades de larga evolución<sup>1</sup>, como la distancia y ángulo de ostea, la configuración y posición de los troncos supraaórticos, o calibres relativos.

**Métodos.** Desde el año 2015 disponemos en nuestra unidad de tecnología para replicar con nuestros propios medias estructuras anatómicas complejas como la raíz aórtica desde su inserción en el plano valvular, hasta los troncos supraaórticos.

A través de angioCT sincronizados obtenemos reconstrucciones virtuales que son procesadas y filtradas para reconstruir modelos tridimensionales en plásticos rígidos o elásticos a escala 1:1, de estructuras complejas y variables como los aneurismas o disecciones crónicas aórticas. Estos modelos sirven para planificar con seguridad la cirugía y evaluar el alcance y alcance del instrumental que tendremos que emplear.

**Resultados.** Se han operado cuatro casos de aneurismas y disecciones de alta complejidad con esta tecnología desarrollada en nuestro servicio, con éxito en todos los casos.

**Conclusiones.** La interacción del cirujano con la anatomía de un paciente incluye ángulos, texturas, y relaciones entre estructuras y material quirúrgico, que no son fáciles de replicar con modelos virtuales, pero sí con modelos físicos.



## CORTA 11

**SUPERVIVENCIA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADA CON TAVI vs CIRUGÍA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.** María Teresa Conejero Jurado<sup>1</sup>, Manuel Romero Saldaña<sup>2</sup>, Guillermo Molina Recio<sup>2</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Inga Távora<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía 2) Facultad Enfermería.

**Justificación.** La estenosis aórtica severa es la enfermedad valvular más frecuente en ancianos, convirtiéndose en un problema de salud pública dada su alta prevalencia y aumento de la esperanza de vida. La supervivencia a medio plazo se reduce notablemente si no es tratada.

**Material y método.** Estudio de supervivencia longitudinal de cohortes históricas para pacientes de edad  $\geq 70$  años con diagnóstico principal de estenosis aórtica severa, con seguimiento desde el 1 de enero de 2010 al 30 de junio de 2019. Muestra total: 143 pacientes, 79 (55.2%), en grupo Cirugía y 64 (44.8%) en grupo TAVI.

**Resultados.** La edad y la hipertensión se asociaron significativamente con la mortalidad, no así la dislipemia que se asoció, significativamente, pero de forma inversa (HR=0.69). Tiempo de hospitalización total: grupo Cirugía (8.4 días) y el grupo TAVI (13. ),  $p < 0.05$ , debido a menor hospitalización en planta ( $p < 0.001$ ). Euroscore II: grupo TAVI (2.1), grupo Cirugía (2.4),  $p < 0.1$ . Mortalidad entre procedimientos: sin diferencias significativas,  $p = 0.34$ .

**Conclusiones.** El procedimiento percutáneo ha venido para quedarse, aunque aún no ha superado los magníficos resultados de la cirugía a largo plazo. Es importante la elección del tratamiento adecuado para cada caso.

## CORTA 12

**INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD EN LA MORBI-MORTALIDAD PRECOZ DE LA CIRUGÍA CARDIACA EN ANCIANOS.** José María González Santos<sup>1</sup>, Ramón Adolfo Arévalo Abascal<sup>1</sup>, Myriel López Tatis<sup>1</sup>, Carlos Amorós Rivera<sup>1</sup>, María Teresa Merino Vicente<sup>1</sup>, Marta González Rodríguez<sup>2</sup>, María Elena Arnáiz García<sup>1</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Salamanca 2) Hospital Universitario Central de Asturias

**Justificación.** La fragilidad es frecuente entre los pacientes añosos. Aunque poco considerada en las escalas de riesgo, su influencia en la morbi-mortalidad de la cirugía es evidente. Analizamos la influencia de la fragilidad en la morbi-mortalidad de una cohorte de ancianos sometidos a cirugía cardíaca.

**Métodos.** Estudiamos 156 pacientes mayores de 69 años (mediana edad 76 años, 60.3% mujeres), sometidos a cirugía cardíaca electiva. Evaluamos la fragilidad mediante el fenotipo Fried, clasificando a los pacientes como robustos (16%), prefrágiles (50%) o frágiles (34%). Analizamos la relación entre el estado de fragilidad, la morbi-mortalidad precoz y los marcadores de complejidad de la hospitalización.

**Resultados.** La mortalidad hospitalaria fue significativamente mayor en los pacientes frágiles (11.3%) que en los prefrágiles (1.3%) o robustos (0%). La capacidad discriminadora del fenotipo Fried fue superior a la del EuroScore. Tanto la duración de la estancia en UVI, como la de la hospitalización y la prevalencia de complicaciones mayores aumentó con el grado de fragilidad, aunque las diferencias no alcanzaron la significación estadística.

**Conclusiones.** La prefragilidad y fragilidad son muy frecuentes entre los ancianos sometidos a cirugía cardíaca. La fragilidad aumenta la mortalidad precoz y, en menor grado, la morbilidad y la complejidad de la hospitalización.



**COMUNICACIONES VIDEO**

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

Vídeo 1

**SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL EN LACTANTE MEDIANTE IMPLANTE DE PROTESIS PULMONAR PERCUTÁNEA ('MELODY').** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Jaime Casares Mediavilla<sup>1</sup>, Azahara Blanca Fernández Carbonell<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Távora<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Fundamento.** La patología valvular siempre supone un reto en la edad pediátrica por las escasas opciones protésicas y la limitación de tamaño. Una opción, con escasa experiencia a nivel mundial, consiste en el uso de prótesis pulmonares percutáneas, mediante implante directo sobre tubo de Goretex que se sutura al anillo valvular. Presentamos un vídeo en el que se muestra dicha técnica quirúrgica.

**Método.** La intervención consiste en la resección completa de la válvula mitral, sutura de un conducto de Goretex de 18 mm sobre el anillo valvular e implante, mediante técnica híbrida de prótesis Melody modificada.

**Resultados.** En ecografía tanto intraoperatoria como postquirúrgica se aprecia prótesis normo funcionante y reducción del tamaño de aurícula izquierda, así como de presiones pulmonares. Ausencia de obstrucción en TSVI. Evolución postoperatoria sin complicaciones.

En el vídeo adjunto se pueden apreciar pormenorizadamente los distintos pasos de la cirugía, sus resultados y diversas imágenes clave del procedimiento.

**Conclusiones.** Aunque la prótesis Melody no está diseñada para posición mitral, esta técnica permite la sustitución valvular mitral en pacientes con anillo pequeño con excelentes resultados hemodinámicos. Como alternativa, uso de una prótesis aórtica mecánica invertida, presenta peor hemodinámica, poca duración por sobrecrecimiento y necesidad de anticoagulación oral.

Vídeo 2

**CIRUGÍA MITRAL POR MINITORACOTOMÍA SIN CLAMPAJE.** José Ramón González Rodríguez<sup>1</sup>, Ibrahim Tarhini<sup>1</sup>, Ijaz Khan<sup>1</sup>, José Antonio Corrales Mera<sup>1</sup>, Ana Isabel García Gutiérrez<sup>1</sup>, Rosa María Ávalos Pinto<sup>1</sup>, Luis Miguel Lara Godoy<sup>1</sup>, Sara García Pelaz<sup>1</sup>. 1) HOSPITAL UNIVERSITARIO BADAJOZ.

**Justificación.** En pacientes en los que no se puede o no se desea clampar la aorta, la cirugía de la válvula mitral con circulación extracorpórea sin clampaje, es una alternativa.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se presentan dos casos: CASO A: 80 años con estenosis aórtica e insuficiencia mitral moderada, intervenido previamente de un implante de TAVI TA (Accurate tamaño M). Evoluciona favorablemente los primeros meses y reingresa por insuficiencia cardíaca. En la ecografía se aprecia insuficiencia mitral severa. CASO B: Paciente de 56 años intervenido de urgencia de disección de aorta ascendente tipo A. Se realizó operación de Bono-Bentall. A los 3 meses insuficiencia mitral aguda por rotura de músculo papilar posterior en el contexto de un IAM. Ambos casos fueron intervenidos por minitoracotomía antero-lateral derecha con CEC y sin clampaje aórtico. En el caso A implantación de prótesis biológica sin reseca su válvula. En el caso B, resección valvular e implante de prótesis mecánica.

**RESULTADOS.** Los pacientes evolucionaron favorablemente, sin eventos neurológicos ni complicaciones. **CONCLUSIÓN:**

Técnica aplicable en pacientes complejos reintervenidos, para el abordaje mitral.

Vídeo 3

**TÉCNICA DE DAVID: RECONSTRUCCIÓN MITRO-AÓRTICA.** José Ramón González Rodríguez<sup>1</sup>, Ana Isabel García Gutiérrez<sup>1</sup>, José Antonio Corrales Mera<sup>1</sup>, Ijaz Khan Begun<sup>1</sup>, Ibrahim Said Tarhini<sup>1</sup>, Rosa María Ávalos Pinto<sup>1</sup>, Tomás Pineda Correa<sup>1</sup>, Sara García Pelaz<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Badajoz

**Justificación.** Explicación de la Técnica de David por partes, para reconstrucción de la unión mitro-aórtica, especialmente en pacientes con endocarditis.

**Métodos.** Paciente de 64 años intervenido de sustitución válvula aórtica por prótesis mecánica en el año 2006. Diagnosticado de endocarditis sobre prótesis aórtica, con absceso en continuidad mitro-aórtica y afectación de la válvula mitral. Coronarias sin lesiones. Reintervención quirúrgica con Técnica de David. Se utilizó cardioplegia Custodiol y Cytosorb.

**Resultados**

Buena evolución postoperatoria del paciente.

**Conclusión.** Esta técnica se aplica principalmente a pacientes con endocarditis o procesos con desestructuración y rotura de la unión mitro-aórtica. A pesar de ser una intervención laboriosa, garantiza el saneamiento de tejidos. El tiempo de CEC y clampaje es menor que el empleado en otras técnicas de reparación de la unión mitro-aórtica en afectación de ambas válvulas, especialmente en reintervenciones.

Vídeo 4

**ANEURISMA GIGANTE DE CORONARIA DERECHA ASOCIADO A FISTULA HACIA OTRAS CAVIDADES.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Antonio Jiménez Aceituna<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de la Arrixaca-Murcia.

**Introducción.** Los aneurismas de las arterias coronarias son relativamente frecuentes. Sin embargo los llamados aneurismas gigantes de las arterias coronarias son raros. Por ello su clínica, pronóstico y tratamiento no están bien determinados.

**Objetivo.** Presentamos el caso de una paciente de 69 años sin FRCV, que ingresó en insuficiencia cardiaca con FA persistente reciente. Las pruebas de imagen mostraron un aneurisma gigante de la arteria coronaria derecha con fístulas a aurícula derecha y seno coronario. FEVI normal. Resto de coronarias normales.

**Métodos.** Se discute en sesión y se indica cirugía de resección del aneurisma. Se realiza vía esternotomía media y con CEC. El aneurisma de la CD se liga proximal y distalmente, se cierran las fístulas. Se realiza injerto aorto-coronario con vena safena invertida a CD distal al aneurisma. Se liga la orejuela izquierda.

**Resultados.** \*En UCI: extubada a las 5 horas, precisó de vasoconstrictores para mantener tensión arterial. Fue transfundida 1 unidad de plasma y 2 de hematíes.\* En planta: Entró en FA bien tolerada. Ecocardiograma de control mostró CD trombosada y FEVI del 40%. A los 12 meses después de la intervención quirúrgica la paciente se encuentra en grado funcional I.

Vídeo 5

**IMPLANTE DE PERCEVAL EN UN CASO DE BICUSPIDISMO AÓRTICO ASOCIADO A ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE CON ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO.** Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Funes<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

**Introducción.** La asociación entre valvulopatía aórtica bicúspide y dilatación de aorta ascendente es frecuente. El implante de una bioprótesis sutureless en dichos casos es discutible por el riesgo de migración de la misma. Presentamos un caso de implante de bioprótesis sin sutura y reemplazo concomitante de aorta ascendente en un paciente con bicuspidismo.

**Metodología.** Varón de 73 años con antecedente de IRC, diagnosticado de EAo severa sobre VAB tipo I y dilatación de aorta ascendente. Mediante miniesternotomía por 4º espacio intercostal, se procede bajo CEC a resección de aneurisma de aorta ascendente y de válvula aórtica. Remodelado del anillo aórtico mediante dos puntos en U por cada comisura del velo no fusionado. Anastomosis proximal supracoronaria con tubo de Dacron de 32mm. Implante de prótesis sin sutura Perceval talla L a través de la prótesis vascular. Anastomosis distal a aorta ascendente distal.

**Resultados.** El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El ecocardiograma de control postoperatorio muestra un resultado óptimo.

**Conclusión.** La cirugía combinada de implante de bioprótesis sutureless y reemplazo de aorta ascendente supone una alternativa válida y segura. Su uso es una opción adecuada para pacientes con bicuspidismo, siendo necesario el remodelado anular para conseguir un anclaje homogéneo, circular y simétrico.

VÍDEO 6

**TECNICA DE IMPLANTE DE TAVI TRANSAXILAR.** Maria del Carmen Carmona Vela, Diego Macías Rubio, Miguel Ángel Gómez Vidal, Tomás Daroca Martínez. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Se realiza una incisión infraclavicular, paralela al surco deltopectoral, de unos 5cm de longitud. Con un separador autoestático de Adson, disecamos el tejido subcutáneo hasta alcanzar la fascia del pectoral mayor que se disecciona para alcanzar el pectoral menor. Tras disecar la vaina del paquete vascular axilar se referencia la arteria con dos vessel loop. Se realiza una sutura en «bolsa de tabaco» con un prolene 5-0 alargada sobre el eje mayor de la arteria, apoyada sobre 2 parches de teflón.

Mediante técnica Seldinger, se implanta un introductor de 5F dentro de la sutura en bolsa de tabaco. Por él introducimos una guía teflonada curva hasta la válvula aórtica, para que nos dé soporte y poder avanzar un catéter Boston Amplatz Left (AL1)<sup>®</sup> y embocar sobre la válvula.

Sustituimos la guía por otra teflonada de punta recta que nos ayude a atravesar la válvula aórtica calcificada. Una vez en ventrículo izquierdo, avanzaremos el catéter amplatz para situarlo también en el ventrículo izquierdo. Sustituimos la guía teflonada recta por una rígida preformada por la que poder avanzar la prótesis sin dañar el ventrículo. Retiramos el catéter y el introductor de 5F, y sobre la guía rígida vamos a colocar un introductor Gore Dryseal. La prótesis permite el flujo a través de ella, comprobando de esta forma su correcta posición. La prótesis se progresa hasta sobrepasar el anillo aórtico y el objetivo es que quede entre 3 y 7mm por debajo del anillo nativo. Para ello utilizaremos durante el despliegue varias inyecciones de contraste.

Mediante el apoyo de la ecocardiografía transesofágica y de la aortografía, comprobamos la ausencia de fugas periprotésicas y la correcta colocación de la prótesis. Posteriormente extraemos el introductor Gore Dryseal y anudamos ambas suturas en bolsa de tabaco. Comprobamos la correcta hemostasia de la zona y cerramos el campo quirúrgico por planos.

VÍDEO 7

**CIRUGÍA CORONARIA MINIMAMENTE INVASIVA. DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ARTERIA MAMARIA.**

José Manuel Villaescusa<sup>1</sup>, José Manuel Angulo Guerrero<sup>1</sup>, Gemma Sánchez Espin<sup>1</sup>, Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

En el presente vídeo presentamos la técnica de disección endoscópica de arteria mamaria izquierda (AMI) para realizar baipás coronario de AMI a la arteria descendente anterior(ADA) . Se trata de un paciente de 51 años con clínica de angina estable diagnosticado de enfermedad coronaria monovaso (ADA) con una lesión larga de aspecto crónico. Se decide hacer cirugía de revascularización miocárdica mediante disección endoscópica de la AMI y bypass AMI a DA a través de minitoracotomía anterior izquierda de 5cm sin circulación extracorpórea. Para ello colocamos 3 puertos con trócares de 12 mm (x2) y otro de 5 mm. Para la visualización y disección de la mamaria nos ayudamos de una cámara 3D. Tras localizar los vasos mamarios se procede a la disección de manera pediculada. Se comienza con la sección longitudinal de toda la fascia lateral del paquete vascular mamario y la fascia medial. Se disecan los vasos mamarios aplicando hemoclips endoscópicos en las ramas de mayor tamaño. Una vez realizada la disección del paquete vascular se procede endoscópicamente a abrir el pericardio de forma longitudinal a nivel del tracto de salida del ventrículo derecho. Se realiza la minitoracotomía y se realiza el baipás AMI-DA.



Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular



**COMUNICACIONES POSTER FORUM**

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular



Poster Fórum 1

**INTERMACS-1: DESDE RESCATE EN ECMO DE TRANSPORTE A HEARMATE III.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Fundamento.** La ECMO de transporte proporciona un soporte en el manejo de la insuficiencia cardíaca refractaria siendo una innovación importante en salud pública.

**Métodos.** Se realiza ECMO de transporte de paciente de 43 años en shock cardiogénico refractario, trasladada a nuestro centro y tratada con VAD (dispositivo de asistencia ventricular).

**Resultados.** Presenta shock cardiogénico con disfunción biventricular severa, refractaria a tratamiento convencional de cuidados intensivos. Después de contactar con nuestro equipo ECMO, se asiste e implanta VA ECMO (CardioHelp®) y se traslada a nuestro centro en ambulancia asistida. Tras 11d, recupera función pulmonar y se implanta asistencia biventricular (CentriMag®) utilizando un abordaje mínimamente invasivo. Tras 16 días se recupera la función VD sin recuperación de VI (FEVI 12%). Tras 42 días de soporte circulatorio mecánico, decidimos implantar un sistema a largo plazo (HeartMate III®). Presenta buena evolución postoperatoria y es dada de alta tras 26 días.

**Conclusiones.** La ECMO de transporte ofrece oportunidades similares de atención sanitaria a pesar de la dispersión geográfica. El VAD a largo plazo es una técnica útil para tratar pacientes con Intermacs-I. Es esencial diseñar un procedimiento integral desde el diagnóstico y el transporte en ECMO hasta la solución final.

Póster Fórum 2

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo Díaz<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de la Arrixaca-Murcia.

**Introducción.** Los aneurismas gigantes de arterias coronarias son una entidad poco frecuente, es por ello que su clínica, pronóstico y tratamiento no están bien determinados

**Objetivos.** Varón de 50 años, obeso, dislipémicos, ex fumador desde hace 15 años, que tras episodio de dolor torácico con elevación enzimática se realiza coronariografía que evidencia: arteria descendente anterior con aneurisma gigante en tercio próximo-medial, seguido de enfermedad larga y difusa, englobando 2ª diagonal, de grado severo, Arteria circunfleja y coronaria derecha también ambas con lesiones severa en su trayecto.

**Materiales y métodos.** Se realiza corrección quirúrgica bajo circulación extracorpórea, se obtienen injertos arteriales de mamaria izquierda y radial izquierda, Tras diseccionar arteria coronaria DA se identifica aneurisma, procediendo a su apertura y exclusión. Posteriormente anastomosis de AMI-DA, ARI A DP.

**Resultados.** Buena evolución tras la cirugía, desapareciendo la sintomatología isquémica, disminución de parámetros enzimáticos, mejoría en los parámetros isquémico en el electrocardiograma y ecocardiográficos.

**Conclusiones.** Los aneurismas coronarios son una entidad poco frecuente, asociada en gran parte a la arteriosclerosis, como en el caso reportado. Aunque se conoce poco sobre su evolución, pronóstico y tratamiento, se acepta que la presencia de infarto y/o angina recurrente es indicación de tratamiento quirúrgico.

Póster Fórum 3

**ABLACIÓN DE SAFENA CON LÁSER ENDOVASCULAR DE DIODO, EXPERIENCIA DE 3625 CASOS.** Pedro Aranda Granados<sup>1</sup>, Ricardo Muñoz García<sup>1</sup>, Carlos Casado<sup>1</sup>, Gloria García<sup>1</sup>. 1) Hospital Vithas Xanit Internacional

**Justificación.** El láser endovascular de diodo (LED) permite la ablación de la vena safena interna o externa sin necesidad de incisión.

**Métodos.** Desde 2007 a 2019 hemos realizado 3625 casos de ablación de safena interna con láser 2850 (78,6%), externa 224 (6%), combinadas 40 (1,1%) y perforantes 530 (14,6%). Hasta 2010 se asociaba a ligadura de cayado y hasta 2012 se realizaron con epidural. En la actualidad el 80% se realizan con anestesia local y sedación y el 95% son procedimientos ambulatorios.

**Resultados.** En el seguimiento al mes se consiguió una ablación completa de la vena culpable en el 92% (3335) de los casos, presentando reflujo residual <5%. La necesidad de reoperación al año fue del 4% (145), normalmente por ramas residuales. El diámetro >2cm, la obesidad y el tratamiento con anticonceptivos orales son los principales factores de riesgo.

**Conclusiones.** El tratamiento de varices con LED permite un tratamiento ambulatorio, con una sola sesión y con baja tasa de reintervenciones. Su versatilidad lo hace apto para safena, perforares y colaterales.

Póster Fórum 4

**BENEFICIO EN SUPERVIVENCIA CON EL EMPLEO DE LAS VÁLVULAS DE RÁPIDO DESPLIEGUE EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA AISLADA. ESTUDIO DE PROPENSIÓN DE 115 PAREJAS.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** El empleo de bioprótesis aórticas es cada vez mayor en el mundo occidental. Las de tecnología de rápido despliegue, diseñadas para reducir tiempos de clampaje aórtico y circulación extracorpórea tienen innumerables ventajas conocidas sobre la morbi-mortalidad precoz. Analizamos el efecto sobre la mortalidad al año de seguimiento.

**Métodos.** Sobre un total de 324 pacientes portadores de prótesis biológicas en nuestro centro durante un periodo consecutivo de 5 años, separamos la muestra en 2 grupos: 183 prótesis convencionales (mitroflow) y 141 prótesis de rápido despliegue (72 Perceval® y 69 Intuity®). Tras el ajuste se obtuvieron 115 parejas para su análisis. Se determinó la supervivencia acumulada considerando muerte cardiovascular como end point. Las muertes por otra causa fueron desestimadas

**Resultados.** La supervivencia acumulada global se mostró superior al año de seguimiento en el grupo de las prótesis de rápido despliegue frente a las prótesis convencionales. El resultado permanece igual tras el emparejamiento (gráfico)

**Conclusiones.** Las prótesis sin suturas (sutureless) son una herramienta eficaz en el tratamiento de la estenosis aórtica severa aislada, mostrando un claro beneficio respecto a las prótesis convencionales en la supervivencia a medio plazo. Se necesitan estudios a largo plazo para corroborar estos hallazgos

Poster Fórum 5

**EXPLANTE DE BIOPRÓTESIS PERCEVAL EN ENDOCARDITIS PROTÉSICA TARDÍA.** Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, Gemma Sánchez-Espín<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa Catalán<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, Carlos Porrás Martín<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Justificación.** El auge de las prótesis sutureless como alternativa en el tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica severa conlleva la aparición de los primeros casos de endocarditis protésica en estos pacientes. Tras el aumento del implante de TAVI en pacientes de medio riesgo, surgió la necesidad de una prótesis de implante quirúrgico que pudiese competir con las prótesis transcáteter, comenzando a comercializarse prótesis sin necesidad de puntos de anclaje en el anillo aórtico.

En nuestro servicio disponemos de la prótesis Perceval S (*Sorin*, Salluggia, Italy)

**Métodos.** Se presenta caso de endocarditis protésica tardía en paciente intervenida 18 meses antes de sustitución valvular aórtica por Perceval M.

**Resultados.** Se realiza cirugía donde se evidencian grandes vegetaciones en los tres velos que se encuentran engrosados y con destrucción del anillo aórtico por absceso que se extiende de la mitad del anillo bajo el seno coronario izquierdo al derecho, realizándose sustitución por bioprótesis Perimount (Edwards Lifesciences, Irvine, CA) y parche de pericardio cerrando absceso. No se producen daños de la aorta.

**Conclusiones.** El explante de Perceval no difiere en gran medida del habitual en una prótesis convencional, haciéndose necesaria la familiarización dado el auge de estas prótesis.

Poster Fórum 6

**LOBECTOMÍA + RECONSTRUCCIÓN ATRIAL EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SARCOMA DE EWING CON METÁSTASIS A AURÍCULA IZQUIERDA A TRAVÉS DE VENA PULMONAR INFERIOR.** José Joaquín Domínguez del Castillo<sup>1</sup>, Francisco Javier González García<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Antonio Salvatierra Velázquez<sup>1</sup>, Azahara Blanca Fernández Carbonell<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Távora<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía.

**Justificación o Fundamento.** La metastatización cardiaca del Sarcoma de Ewing constituye una entidad extremadamente rara. Paciente de 55 años con antecedentes de tumoración inguinal en proceso de filiación debuta con incremento de cansancio y fatiga, siendo diagnosticada de masa intracardiaca en AI mediante ecocardiografía.

**Método.** Biopsia escisional, estudio de hibridación in situ fluorescente de núcleos en interfase, estudio citogenético molecular, ecocardiograma-doppler color, PET-TAC, TAC CRANEAL, CEC.

**Resultados.** Tras un procedimiento híbrido cardio-torácico se consigue extirpar toda la masa tumoral. Se realiza lobectomía pulmonar inferior izquierda y escisión de vena pulmonar con extracción íntegra de toda la masa intraauricular. Se reconstruye la aurícula con parche de pericardio autólogo. Buena evolución posterior.

**Conclusiones.** La extensión intracardiaca de una tumoración de origen pulmonar a través de las venas pulmonares constituye una patología excepcional. Es posible la resolución de la patología mediante la eliminación completa de la masa tumoral.

Poster Fórum 7

**COMPARACIÓN DE LA EXPRESIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL REMODELADO VENTRICULAR ENTRE LAS PRÓTESIS QUIRÚRGICAS Y LAS IMPLANTADAS VÍA TRANSCATÉTER.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** La masa ventricular es un predictor independiente de eventos adversos en la estenosis aórtica severa. Diversos son los métodos empleados en su medición, siendo el registro ECG el más común. Tanto las prótesis implantadas vía quirúrgica como las vía transcáteter muestran regresión de la masa en términos eléctricos, pero hay pocos estudios que comparen este efecto entre sí.

**Métodos.** Analizamos los índices de Sokolow (mv), Cornell (mv) y sus respectivos productos duración voltaje(mv.seg) en pacientes sometidos a recambio valvular aórtico vía convencional y vía transcáteter, comparando los resultados entre sí.

**Resultados.** La cohorte de pacientes intervenidos mediante vía transcáteter (n: 156 Sapiens 3) mostraron una reducción de todos los índices eléctricos de hipertrofia y masa ventricular que resultó superior al de la cohorte de pacientes intervenidos de manera quirúrgica (n: 324, 183 mitroflow, 72 Perceval y 69 Intuity) con significación estadística (p <0.05). El tamaño protésico se mostró predictor independiente de remodelado, siendo mayor para el grupo transcáteter.

**Conclusiones.** Las prótesis implantadas vía transcáteter producen una mayor regresión de la masa ventricular expresada en índices eléctricos. El mayor tamaño protésico puede explicar este hecho, aunque se necesitan estudios con grupos ajustados para confirmar estos hallazgos.

Poster Fórum 8

**ESTUDIO COMPARATIVO HEMODINÁMICO ENTRE LAS PRÓTESIS IMPLANTADAS VÍA TRANSCATÉTER Y LAS PRÓTESIS DE RÁPIDO DESPLIEGUE.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** El avance en el tratamiento de la estenosis aórtica severa nos lleva desde el implante de válvulas de rápido despliegue hasta el implante de prótesis transcáteter. El beneficio de ambas tecnologías es conocido, pero hay pocos estudios que comparen dicho efecto entre sí.

**Métodos.** Comparamos el efecto hemodinámico (gradientes máximo y medio, FEVI y AEO) sobre una cohorte de pacientes intervenido de recambio valvular aórtico vía transcáteter y lo comparamos con otra cohorte de pacientes sometidos a recambio valvular aórtico con prótesis de rápido despliegue.

**Resultados.** Grupo A: 141 portadores de prótesis de rápido despliegue (72 Perceval y 69 Intuity) comparados con grupo B: 156 portadores de Sapiens 3. Se observa una magnitud de la diferencia superior en el gradiente medio para el grupo B (8.1 mmHg, frente a 13.5), una mejoría en la contractilidad (6% frente a 1.6%) y un mejor perfil en Área de Orificio Efectiva de 1.1 frente a 0.9.

**Conclusiones.** El análisis "bruto" de los datos sugiere que las prótesis implantadas vía transcáteter producen una hemodinámica superior a las de rápido despliegue. Se necesitan estudios con grupos ajustados para confirmar.

Poster Fórum 9

**REPARACIÓN VALVULAR MITRAL EN ENDOCARDITIS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO.** Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>, Teresa González Vargas<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

**Introducción.** La reparación valvular mitral es la técnica de elección en la regurgitación mitral; sin embargo, los resultados a largo plazo en pacientes con endocarditis mitral infecciosa todavía están bajo evaluación.

**Metodología.** Se presenta una serie de 10 pacientes (49,5edad media) con endocarditis infecciosa sometidos a reparación valvular mitral desde 2014. El EuroscoreII medio fue 6,91%. El germen más frecuente fue S aureus M-S. Tras resección completa del tejido infectado, se reparó la válvula mitral mediante reconstrucción con matriz extracelular (parche de pericardio bovino (1) equino (1) o Cormatrix (2) e implante de anillo o neocuerdas si procede.

**Resultados.** La ETE intraoperatoria muestra IM grado I o menor en todos los casos y la postoperatoria a los 6 meses solo muestra IM grado II en uno de los casos. La supervivencia fue del 100%, sin necesidad de sustitución valvular por disfunción de la plastia, ni endocarditis recurrente.

**Conclusiones.** En centros experimentados, la reparación valvular mitral en pacientes con EI debe considerarse una opción válida y segura con una baja mortalidad quirúrgica y una baja tasa de reoperación y reinfección. Los resultados a largo plazo son equiparables al del resto de sub poblaciones con IM reparada de otra etiología.

Póster Fórum 10

**MANEJO DE LA TETRALOGIA DE FALLOT CON CIV Y MAPCAS, UN RETO HIBRIDO.** Camilo Rojas Bermudez<sup>1</sup>, Manuel Melo<sup>1</sup>, Enrique García Torres<sup>1</sup>, Javier Arias Dachary<sup>1</sup>, Lorenzo Boni<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario 12 de Octubre

**Justificación.** La tetralogía de Fallot (TOF) con atresia pulmonar(AP) y colaterales aortopulmonares (MAPCAS) es una de las condiciones quirúrgicas más variables y desafiantes de las cardiopatías congénitas. Dejar una comunicación interventricular (CIV) grande fenestrada es una opción cuando no se puede lograr la reparación completa, cerrándola mediante cateterismo cuando la presiones pulmonares lo permitan.

**Métodos.** Presentamos un paciente con TOF/AP/ MAPCAS con ramas pulmonares confluyentes. A los 9 meses de edad se realiza cirugía mediante unifocalización de dos MAPCAS a las arterias e implantando un conducto valvulado entre la arteria pulmonar y el ventrículo derecho y cerrando la CIV con un parche fenestrado de pericardio; 3 meses después se completa la corrección de manera percutánea

**Resultados.** En la última ecocardiografía de control actual se evidencia adecuada función biventricular con un gradiente máximo transpulmonar de 25 mmHg, un dispositivo de cierre de CIV sin shunt residual y una presión basal del ventrículo derecho del 79% de la presión sistémica.

**Conclusiones.** El manejo de TOF con AP necesita una estricta colaboración entre cirujanos y hemodinamistas para lograr una corrección de la patología en dos tiempos cuando las presiones pulmonares estén supra sistémicas, permitiendo el cierre percutáneo de la CIV fenestrada cuando lo permita.

Poster Fórum 11

**TMVI POR ESTERNOTOMÍA MEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Ana Isabel Garzón Furne<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves.

**Introducción.** Una proporción significativa de pacientes con enfermedad valvular mitral presentan comorbilidades graves, edad avanzada y condiciones anatómicas desfavorables que imposibilita la realización de cirugía de recambio/reparación valvular.

El reemplazo valvular mitral vía transcáteter es una alternativa terapéutica.

**Material y Métodos.** Presentamos el caso de un hombre de 76 años con una estenosis mitral severa, con calcificación significativa del anillo y de todo el aparato subvalvular.

**Resultados.** Debido a la anatomía valvular extremadamente compleja del paciente se desestimó un reemplazo/reparación valvular mitral convencional, así como la vía apical para el abordaje de implantación de una TMVI.

Se le realizó, mediante esternotomía media y bajo CEC, resección del velo anterior mitral e implante de válvula mitral transcáteter a través de la atriomotomía.

Finalmente, debido a la HVI que presentaba previamente el paciente, se realizó aortotomía para asegurar un TSVI libre, y normofunción de la válvula.

**Conclusiones.** El remplazo valvular mitral transcáteter está evolucionando hacia una alternativa para los pacientes con valvulopatía mitral grave que no son candidatos para la cirugía convencional de válvula mitral.

Póster Fórum 12

**IMPLANTE DE DAI SUBCUTÁNEO Y MICRA® COMO SECUENCIA DE TRATAMIENTO EN ENDOCARDITIS SOBRE DISPOSITIVOS DE ELECTROESTIMULACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furne<sup>1</sup>, Abul Reda Abdallah Abdallah<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

**Justificación.** Las complicaciones, principalmente infecciosas, derivadas del implante de DECI son significativas (incidencia 0,1-7%; mortalidad hasta 10%); máxime asociadas a la población de elevada edad en la que se implantan la mayoría.

**Método.** Varón, 65 años, FV rescatada e implante de DAI (1993). Posteriormente, ablación NAV por descargas inapropiadas por FA, consiguiendo BAVc con bajo escape. Se implanta MP adicional para estimular bradicardia.

Tras recambio de batería (marzo-2019) se produce decúbito e infección local (P. acnes). En ETT se aprecia "adherido a uno de los electrodos, imagen de 7x7mm compatible con vegetación".

**Resultado.** Se procede a extracción completa percutánea de ambos cables. Tras una semana, se implanta MP transitorio (vena femoral derecha) mapeando distintas zonas de VD para verificar óptimo sensado para implante de DAI-S. Se obtiene en región septal (porción proximal-media) estimulación a 60lpm-80lpm, en vector secundario y alternativo.

Implante de Micra® en dicha zona y DAI-S en posición paraesternal derecha, verificándose normofunción mediante choque síncrono (10J). Sin incidencias.

**Conclusiones.** La endocarditis sobre DECI implica elevada morbi-mortalidad tanto por su evolución como por los procedimientos necesarios para resolverla. La implantación de dispositivos sin cables transvenosos es una opción ideal para evitar nuevos eventos asociados.



Póster Fórum 13

**TRATAMIENTO DE PSEUDOANEURISMA AÓRTICO GIGANTE PRECOZ TRAS CIRUGÍA DE DISECCIÓN TIPO A.** José Manuel Villaescusa Catalan<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Paciente de 46 años de edad que es intervenido de disección subaguda tipo A de Stanford mediante interposición de tubo supracoronario. Como antecedentes destaca un lupus e historia de hipertensión arterial no conocida. Tras la cirugía presenta cifras tensionales muy elevadas de difícil manejo con tres fármacos antihipertensivos. El paciente presenta episodio de hipotensión brusco y palidez. Se realiza TAC de control (3 semanas de la cirugía) y se objetiva gran pseudoaneurisma de raíz aórtica de 40x30 mm en contacto con el esternón por lo que se programa nueva cirugía. Tras canulación femoral ( vena y arteria) y arteria subclavia izquierda ( la derecha había sido usada en anterior cirugía), hipotermia profunda a 20º e interposición de aspirador de ventrículo izquierdo por el ápex( minitoracotomía anterior izquierda por 5 espacio intercostal) se realiza nueva esternotomía con apertura de pseudoaneurisma. La canulación axilar es debido a la presurización de la falsa luz con estrechez importante de la verdadera a nivel de la aorta torácica descendente. Debido a la dificultad para localizar el lugar exacto de la fuga se decide resuturación del tubo supracoronario sin incidencias. El paciente es dado de alta a la semana y seguido en consultas.

Poster Fórum 14

**RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO EN PATOLOGIA DE AORTA DESCENDENTE (TEVAR).** Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo Díaz<sup>1</sup>, Antonio Capel Aleman<sup>2</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas Lopez<sup>1</sup>. 1) Servicio Cirugía Cardiovascular HCU Virgen De La Arrixaca (Murcia) 2) Servicio Radiología Intervencionista HCU Virgen De La Arrixaca (Murcia)

**Justificación.** Dentro de la patología aortica, el tratamiento percutáneo en patologías de aorta descendente y cayado ha ido ganando importancia con el paso de los años, sin embargo son pocos los estudios que han realizado un seguimiento a largo plazo del resultado clínico en estos pacientes.

**Método.** Análisis descriptivo de los resultados a corto, medio y largo plazo de los pacientes sometidos a tratamiento endovascular por patología de aorta torácica descendente durante el periodo 2002-2017 en un hospital terciario.

**Resultados.** 40 pacientes fueron muestreados. Edad media de 62,5 años. Se realizaron 7 procedimientos híbridos y un 55,3% fueron intervenciones urgentes. El tiempo medio de seguimiento fue de 79,4 meses. Durante el seguimiento, 34% presentaron endofugas, precisando de reintervención el 24% del total. Mortalidad intrahospitalaria del 7,5%. Mortalidad global acumulada durante el seguimiento del 30%.

**Conclusiones.** El manejo percutáneo de la patología de aorta descendente se muestra como una opción con buenos resultados a largo plazo en nuestra serie.



Poster Fórum 15

**IMPLANTE DE TAVI TRANSFEMORAL EN PACIENTE CON DOBLE ARCO AÓRTICO Y CRIOGLOBULINEMIA.**

Ana Isabel Garzón Furné<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Teresa González Vargas<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

**Justificación.** Las anomalías del arco aórtico son poco frecuentes (aproximadamente 1% de las malformaciones cardiovasculares congénitas), pero deben tenerse en cuenta para planificar el abordaje quirúrgico.

**Método.** Mujer, 65 años, con variante anatómica de doble arco aórtico (carótidas comunes y subclavias salen cada una de arco aórtico correspondiente) y estenosis aórtica severa. Se plantea para TAVI por alto riesgo quirúrgico debido a vasculitis crioglobulinémica. Previo a la intervención, precisó plasmaféresis e inmunoglobulinas profilácticas.

Se realiza en primer lugar, por acceso femoral, valvuloplastia con balón de 20mm, evidenciándose intensa calcificación anular y TSVI de pequeño tamaño. Posteriormente se implanta válvula Portico nº29. Se confirma ausencia de IAo residual y normoposición valvular. Se miden presiones simultáneamente en aorta ascendente y VI, confirmándose gradiente máximo 24mmHg. Se valora el riesgo de ruptura y oclusión de TCI (<10mm), por lo que se decide no realizar una nueva dilatación.

**Resultados.** En el postoperatorio presentó trombopenia, anemia y emergencia hipertensiva, finalmente corregidas, por lo que se procedió al alta médica.

**Conclusiones.** -La TAVI es un abordaje posible en pacientes con crioglobulinemia, para evitar hipotermia y precipitación de crioaglutininas, así como en anomalías anatómicas del arco aórtico.

-Es necesario un manejo preoperatorio específico en pacientes con crioglobulinemia.

Poster Fórum 16

**MIECTOMÍA SEPTAL BASAL CON ASA DE DIATERMIA.** Miguel Barquero Alemán<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Javier Olarte Villamizar<sup>1</sup>, Alessia Miraglia<sup>1</sup>, José Miguel Barquero Aroca<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM)

**Justificación o fundamento.** Paciente con estenosis aórtica severa con gradientes máximos de 45mm Hg y MHO dinámica con un grosor de septo basal de 22-23mm.

**Métodos.** Se comprueban grado de estenosis y de MHO en quirófano postanestesia, con ecografía transesofágica, se comprueban gradientes muy elevados con monitorización invasiva. Una vez expuesta la válvula aórtica se opta por inspección de cavidad ventricular y aparato subvalvular mitral mediante fibrolaringoscopia flexible.

**Resultados.** Se optó por realización de miectomía septal basal transaórtica con asa de diatermia, así como sustitución valvular aórtica. La paciente quedó con unos gradientes postquirúrgicos comprobados con monitorización invasiva prácticamente despreciables, así como con buena función valvular por ecografía transesofágica tras salida de CEC.

**Conclusiones.** - Tanto el fibrolaringoscopia como el asa de diatermia deberían considerarse como elementos útiles a la hora de realizar la técnica ya que facilita la labor del cirujano.

- En los casos de cirugía de MHO debería darse la importancia que corresponde a la medida de los gradientes pre y post miectomía, teniendo en cuenta que el mejor momento para valorarlos es el latido tras una extrasístole con monitorización invasiva simultánea en VI y aorta.

Póster Fórum 17

**TROMBECTOMÍA PULMONAR URGENTE EN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL MASIVO TRAS EVENTO CEREBRAL HEMORRÁGICO.** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, María Teresa Conejero Jurado<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavera<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Lucía Bilbao<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Justificación o fundamento.** La embolia pulmonar masiva es un cuadro potencialmente letal, siendo causas frecuentes de muerte el fallo cardiaco derecho y el shock cardiogénico. La primera línea de tratamiento es farmacológica (fibrinólisis), sin embargo, para pacientes con contraindicación para fibrinólisis está indicada la trombectomía quirúrgica.

**Material y método.** Paciente de 62 años con diagnóstico de ictus isquémico, al que se le realiza fibrinólisis, complicado con hemorragia cerebral posterior. Durante el ingreso presenta tromboembolismo pulmonar masivo bilateral, por lo que se implanta filtro de vena cava y se nos consulta. Se interviene bajo circulación extracorpórea (CEC) y sin isquemia miocárdica, arteriotomía de ramas pulmonares extrayendo abundante material trombótico. Se realizó con hipotermia moderada y heparina sódica 2UI/kg.

**Resultados.** Dados los antecedentes del paciente, el principal riesgo inmediato, consistía en la aparición de un nuevo evento hemorrágico cerebral. Durante la intervención no se detectaron cambios en los marcadores de daño cerebral (invos) ni en el postoperatorio.

**Conclusiones.** La trombectomía pulmonar es una opción terapéutica de elevada morbimortalidad que debe reservarse para casos específicos. En pacientes con contraindicación absoluta para técnicas intervencionistas, pese a su elevado riesgo, puede suponer la única opción terapéutica capaz de solucionar el problema.

Poster Fórum 18

**EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA DEL PACIENTE SOMETIDO CIRUGÍA VALVULAR EN EL POSTOPEATORIO TEMPRANO Y A MEDIO PLAZO.** Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Diego Salmerón Martínez<sup>2</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>2</sup>, Magdalena López Costas<sup>1</sup>, Judith Jiménez Veiga<sup>1</sup>, Concepción Fernández Redondo<sup>1</sup>, Cánovas López Sergio Juan<sup>1</sup>. 1) HCU Virgen de la Arrixaca 2) Universidad de Murcia.

**Justificación o Fundamento.** A pesar de la constante evolución técnica a nivel quirúrgico, anestésico y de perfusión desarrollada en los últimos años, las alteraciones neurológicas continúan suponiendo un reto en la recuperación del paciente sometido a cirugía valvular. Si bien, su origen se considera multifactorial, existen factores modificables como la respuesta inflamatoria, la hipoperfusión cerebral durante la cirugía y la carga embólica entregada desde el sistema de CEC.

**Métodos.** Se ha diseñado un paquete de herramientas a fin de evaluar alteraciones a nivel del bucle fonológico, memoria visuoespacial, memoria episódica así como funciones ejecutivas de manera independiente al grado de alfabetización del paciente bajo tutela del servicio de Neuropsicología de nuestro centro.

**Resultados.** Se ha realizado evaluación neurocognitiva al ingreso, al alta y tras 4 meses de la cirugía por medio de FOTOTEST, Test del reloj, Test de memoria visuoespacial así como cuantificación de carga embólica en CEC por medio de doppler GAMPT.

**Conclusiones.** Ha sido posible establecer un marco de colaboración entre el equipo quirúrgico, enfermería de hospitalización y neuropsicología que ofrece herramientas válidas para poder auditar con mayor precisión los resultados de nuestra praxis a fin de establecer nuevas vías de mejora.

Póster Fórum 19

**COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL EUROSCORE I Y II PARA PREDECIR LA MORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDIACA.** José María González Santos<sup>1</sup>, Ramón Adolfo Arévalo Abascal<sup>1</sup>, Jaime García Herrero<sup>1</sup>, Marta González Rodríguez<sup>2</sup>, Francisco Javier López Rodríguez<sup>1</sup>, María Elena Arnáiz García<sup>1</sup>, Carlos Amorós Rivera<sup>1</sup>, Ana María Barral Varela<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario de Salamanca. 2) Hospital Universitario Central de Asturias.

**Justificación.** La capacidad del EuroScore II para predecir el riesgo de la cirugía cardiaca en nuestro medio sigue estando cuestionada. Analizamos la calibración y discriminación del EuroScore original y el EuroScore II.

**Métodos.** Incluimos en el estudio 2.222 pacientes consecutivos sometidos a cirugía cardiaca mayor (edad media 69.5±10.2 años, 64% varones). Los pacientes se agruparon según el tipo de cirugía en coronaria aislada (556), valvular aislada (1.027), combinada (387) y miscelánea (252). La mortalidad estimada por el EuroScore I y II fue de 9.8±10.9% y 6.1±8.5% respectivamente.

**Resultados.** La mortalidad observada fue del 7.6%. El EuroScore I sobreestimó la mortalidad en el grupo total y en la mayoría de los subgrupos, aunque la calibración fue excelente en la cirugía combinada y en la no electiva. El EuroScore II subestimó la mortalidad en el grupo total y en todos los subgrupos, aunque mostró muy buena calibración en la cirugía electiva y en la coronaria y valvular aislada. La capacidad de discriminación de ambas escalas fue similar. Solo en la cirugía no electiva, la discriminación fue significativamente mejor con el EuroScore I.

**Conclusiones.** El EuroSCORE II no ha supuesto una mejoría muy evidente de la estimación del riesgo quirúrgico en nuestro medio.

Póster Fórum 20

**TÉCNICA DE NIKAIIDOH PARA LA TRASPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON ESTENOSIS PULMONAR. NUESTRA EXPERIENCIA.** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Carlos Merino Cejas<sup>1</sup>, Jaime Casares Mediavilla<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Távora<sup>1</sup>, Alejandro González-Caldevilla Fernández<sup>1</sup>, Lucía Bilbao<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Justificación o Fundamento.** La traslocación de raíz aórtica según la técnica de 'Nikaidoh' se ha adoptado por parte de algunos centros como cirugía de elección en pacientes con transposición de grandes arterias, CIV y estenosis pulmonar. A pesar de tratarse de una técnica quirúrgica compleja, puede mejorar los resultados a largo plazo respecto al procedimiento de Rastelli.

**Método.** Presentamos nuestra experiencia en paciente de tres años con cirugía paliativa previa mediante fístula sistémico pulmonar, CIV amplia con extensión a tracto de entrada y rama coronaria a TSVD de origen precoz.

**Resultados.** Tras la intervención el paciente presenta una evolución tórpida en UCI por insuficiencia hepatorenal y sepsis. Precisa reintervención para cierre de CIV residual e implante de MP definitivo por BAV completo. Evolución posterior favorable.

**Conclusiones.** La técnica de Nikaidoh es un procedimiento de elevada complejidad técnica. Pese a no tratarse de un caso ideal (reintervención, anatomía coronaria y CIV compleja), se consiguió un resultado satisfactorio.



**COMUNICACIONES POSTER**

Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

Póster 1

**RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO CON PROXICOR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN NUESTRO CENTRO.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

**Fundamentos.** El ProxiCor™ es una matriz extracelular descelularizada de submucosa de intestino delgado porcino con capacidad regenerativa e inmunotolerancia, de fácil manejo y resistencia que lo convierten en un injerto óptimo para cirugía en las cardiopatías congénitas.

**Métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes pediátricos intervenidos en nuestro Centro desde 01/03/2014 hasta 12/08/2019.

**Resultados.** Se intervinieron 37 pacientes, edad media de 2 años, peso medio 10,71 (4,6-20,2 kg). El parche de ProxiCor™ inicialmente se preforma y posteriormente se hidrata en suero fisiológico 0,9% durante 2 minutos.

La estancia media fue de 11,9 días sin datos ecocardiográficos de complicación. Dos pacientes fallecieron durante postoperatorio precoz por fracaso multiorgánico.

Durante el seguimiento (media: 809 días) un paciente presentó de forma tardía endocarditis infecciosa sobre válvula tricúspide por una infección buco-dental tratada con antibioterapia.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia no hemos encontrado complicaciones locales sobre el injerto, siendo óptimos los resultados clínicos y ecocardiográficos (no observando engrosamiento, fuga, ni calcificación que pudiera sugerir fallo del injerto). La preparación del injerto es esencial, ya que si se sobrepasa el tiempo recomendado hay riesgo de delaminación del parche y fallo.

Póster 2

**EXPERIENCIA ENFERMERA EN DOBLE IMPLANTE: MICRA y DAI SUBCUTÁNEO.** María Inmaculada Quesada Martínez<sup>1</sup>, María Rocío Gómez Medialdea<sup>1</sup>, Fabiola Romero Burgos<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen De Las Nieves

**Justificación.** Las complicaciones derivadas de implantes MP/ sDAI definitivos por los electrodos endovasculares y bolsa del generador son significativas.

Hay dispositivos de estimulación cardiaca dónde generador y cable están integrados. Eliminandose riesgos y complicaciones relacionados con cables, conexiones, bolsa del generador y futuros recambios/extracciones.

Implantar DAI subcutáneo descartando acceso vascular supone una opción viable para pacientes que por multitud de factores ésta vía es excluida.

**Métodos.** Se realiza una exposición detallada de las participaciones realizadas por enfermería durante la intervención: actividades que garantizan la seguridad integral del paciente, acciones de enfermería instrumentista en procedimiento de implante MICRA + DAI subcutáneo, asistencia a demandas del equipo quirúrgico multidisciplinar, coordinación de aparataje y material y adecuación de espacios.

**Resultados.** Las actividades enfermeras durante el procedimiento contribuyen al éxito de la implantación de ambos dispositivos, siendo la medición de parámetros dentro de rango óptimo.

**Conclusiones.** Los casos de alta complejidad suponen retos al equipo multidisciplinar quirúrgico. La combinación de cirugía en dos tiempos y de técnicas de cirugía endovascular con cirugía abierta, requiere destrezas, conocimientos de material y aparataje; así como capacidad de resolución de problemas para garantizar la seguridad del paciente.

Póster 3

**RUPTURA DE SEPTO INTERVENTRICULAR SECUNDARIO A SCACEST SIN LESIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, Javier Miguelena-Hycka<sup>1</sup>, Miren Martín-García<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Rafael Muñoz-Pérez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Justificación.** El infarto agudo de miocardio en ausencia de lesiones de las arterias coronarias (MINOCA) se presenta en 5-6% de los pacientes con SCACEST, y su evolución es de mejor pronóstico que los pacientes con lesiones de las arterias coronarias.

**Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 68 años, que acude al servicio de urgencias por exacerbación de angina de 48 horas de evolución, se realiza EKG que muestra elevación del segmento ST en derivaciones correspondientes a cara antero lateral y troponina de 10,4 ng/mL, se realiza cateterismo emergente donde se evidencia la ausencia de lesiones arterias coronarias y en la ventriculografía una comunicación interventricular (CIV), el diagnóstico se confirma mediante ETT y TAC.

**Resultados.** La paciente fue intervenida para reparación de CIV con técnica de doble parche, sale de quirófano con soporte de ECMO y BCPIAo, 96 horas posteriores a la cirugía presenta un fracaso multiorgánico y fallece.

**Conclusiones.** Se ha considerado que los MINOCA tienen un mejor pronóstico que los infartos con lesiones de las arterias coronarias, sin embargo existen casos en los cuales su comportamiento y evolución son muy similares o de peor pronóstico con presencia de complicaciones mecánicas con resultados catastróficos

Póster 4

**TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA AORTA TRAS INTERVENCION DE DISECCION TIPO A. DISECCION RESIDUAL.** Alejandro González-Caldevilla Fernandez<sup>1</sup>, Isabel Pernía Oreña<sup>1</sup>, Pedro Alados Arboledas<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavera<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez del Castillo<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

**Introducción.** Presentamos el caso de un paciente de 68 años, intervenido de urgencia de disección tipo A en 2007, con disección residual y progresión de la misma en los angioTAC de control tras 12 años de seguimiento.

**Métodos.** Paciente con disección residual desde cayado aórtico (afectación de troncos supraórticos y extensión a aorta toracoabdominal) que presenta en los TAC de control signos de crecimiento y presurización tras 12 años de la primera intervención. Se decide abordaje integral del caso.

En un primer tiempo, con apoyo de CEC, isquemia y perfusión cerebral anterógrada por tronco braquicefálico, se procede a trasposición de troncos supraórticos con prótesis de Dacron bifurcada a la que se anastomosa una tercera rama de Dacron. El cuerpo del bypass se anastomosa a porción proximal del tubo supracoronario previo, cada rama de forma independiente con anastomosis terminolateral a los troncos.

En un segundo tiempo: sellado con Endoprotesis Valiant Navion anclada en tubo supracoronario previo.

**Resultado.** Tanto en aortografía intraoperatoria como en angioTAC de control a los dos meses, se objetiva correcto sellado y ausencia de edoleaks

**Conclusiones.** Es necesario realizar seguimiento periódico de las disecciones residuales para detectar complicaciones, tanto a corto como a largo plazo.



Póster 5

**SACO ANEURISMÁTICO CRECIENTE A EXPENSAS DE ENDOLEAK. MANEJO HOLÍSTICO DE COMPRESION DUODENAL EXTRÍNSECA.** Alejandro González-Caldevilla Fernandez<sup>1</sup>, Isabel Pernía Oreña<sup>1</sup>, Pedro Alados Arboledas<sup>1</sup>, José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Laura Isabel Inga Tavera<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez del Castillo<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Introducción.** Presentamos el caso de un paciente intervenido de forma endovascular de aneurisma de aorta abdominal en 2012 mediante endoprótesis aortomonoilíaca izquierda, enrasada en arterias renales, con bypass femoro-femoral asociado y buen resultado inicial.

En seguimientos se observa endoleak tipo I, sin opciones de tratamiento endovascular, asociado a clínica digestiva por compresión extrínseca del saco aneurismático al duodeno. Se decide abordaje abierto.

**Método.** Mediante laparotomía media, se realiza disección de saco aneurismático (diámetro máximo 84x92 mm), ambas renales e iliaca izquierda. Se localiza cuello del aneurisma angulado en sentido anteroposterior tras liberación de segunda y tercera porción duodenal. Tras control de arterias y vena renal, se procede a clampaje suprarrenal y retirada de endoprótesis para, posteriormente, realizar bypass aortomonoilíaco con prótesis de Dacron mediante técnica de inclusión.

**Resultados.** Postoperatorio sin incidencias pudiendo ser dado de alta al undécimo día postquirúrgico. Ausencia de complicaciones en los angioTAC de control realizado de forma ambulatoria.

**Conclusiones.** Los endoleak tipo I deben ser reparados de forma precoz debido al elevado número de complicaciones que generan al ser de alta presión.

El abordaje abierto, en casos no tratables de forma endovascular, es una técnica compleja pero con excelentes resultados a corto y largo plazo.

Póster 6

**COMPLICACIONES DE TAVI: EL NUEVO ÁREA QUIRÚRGICO DE PACIENTES VALVULARES.** Ignacio Díaz De Tuesta<sup>1</sup>, Frank Fernandez<sup>1</sup>, Mónica Del Pozo<sup>1</sup>, Pedro Aranda<sup>1</sup>, Rafael Castillo<sup>1</sup>, Fernando Calleja<sup>1</sup> 1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Fundamentos.** La generalización de implantes TAVI por cardiólogos genera un nuevo área de actividad cardiovascular, el tratamiento de sus complicaciones no solucionables percutáneamente.

**Métodos.** Mujer de 74 años, hipertensa, dislipémica, diagnosticada de doble lesión aórtica y FEVI normal. EuroSCORE I: 5%, EuroSCORE II: 1'2%.

Durante de implante de TAVI por vía femoral derecha en hemodinámica, se produjo un desgarro de arteria iliaca y femoral derecha con hemorragia que se intentó solucionar in situ por la unidad de cardiología, mediante el implante de 4 stent, sin conseguir control de hemorragia, quedando el último atascado en su vaina sin poder desplegarse ni extraerse, con el catéter de introducción in situ.

La paciente fue trasladada a nuestro quirófano, donde mediante el trabajo conjunto con cardiología y angiología, se procedió a oclusión de aorta distal mediante balón intraaórtico por subclavia izquierda, y con control de hemorragia se procedió a extracción quirúrgica del stent ocluido, sellado de iliaca con amplatzar en iliaca derecha, y bypass fémoro-femoral.

**Resultados.** Evolución satisfactoria sin isquémica ni hemorrágicos, procediéndose 21 días más tarde al implante de TAVI definitivo.

**Conclusiones.** Tras el PARTNER-3 es previsible un aumento de emergencias de pacientes valvulares que serían candidatos a cirugías programadas, por complicaciones endovasculares.



## Póster 7

**EL “STRESS” DE LA PARED DE LA AORTA EN LOS ANEURISMAS DE AORTA ESCENDENTE.** Raúl José Burgos Lázaro<sup>1, 2</sup>, Natalia Burgos Frías<sup>3</sup>, Álvaro Sánchez Calle<sup>1</sup>, Carlos Esteban Martín López<sup>1</sup>, Santiago Serrano-Fiz García<sup>1</sup>, Víctor Ospina Mosquera<sup>1</sup>, Alberto Forteza Gil<sup>4</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda. Madrid. 2) Universidad Autónoma de Madrid. 3) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 4) Departamento de Ciencias de Materiales, Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos. Universidad Politécnica de Madrid.

El “stress” de la pared de la aorta, es la derivada de la tensión dividida por la derivada del alargamiento (d Tensión / d Alargamiento). Las Guías Clínicas, recomiendan la indicación quirúrgica para los aneurismas de aorta ascendente (AAA) en adultos, cuando el diámetro máximo supere los 50 mm. El objetivo del estudio es valorar el stress de la pared aórtica en relación a diferentes patologías en los AAA.

Estudio de 122 AAA: síndrome de Marfán (47.5%), válvula aórtica bicúspide (21.4%), y arterioesclerosis (31.1%). Grupo control, 96 donantes de órganos para trasplantes. El estudio de stress, se ha realizado mediante un test de tracción in vitro, empleando la curva de “tensión-alargamiento”, (d Tensión / d Alargamiento), donde Tensión = Fuerza / Alargamiento, la fuerza es [s (MPa)], y el alargamiento (l=L/L0).

El stress de la pared aórtica, de mayor a menor: AAA asociados a válvula aórtica bicúspide y/o síndrome de Marfán, de causa arteriosclerótica, > 60 años, entre 35 y 59 años, y < 34 años.

El diámetro aórtico, edad del paciente y la lesión patológica, afectan a la tensión máxima y a la resistencia de la pared, factores determinantes del riesgo de rotura.

## Póster 8

**ESTIMULACIÓN CARDIACA PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.** José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Javier Arias Dachary<sup>1</sup>, Jaime Casares Mediavilla<sup>1</sup>, Laura Inga Távora<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González Caldevilla<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Introducción.** La estimulación cardiaca infantil está indicada en 3 grupos: El bloqueo aurículo-ventricular postquirúrgico, el bloqueo aurículo-ventricular congénito y la enfermedad del nodo sinusal.

Pretendemos analizar las indicaciones, técnicas de implante y la evolución de los pacientes pediátricos que han requerido implante de marcapasos en nuestro centro.

**Método.** Presentamos una serie de 23 pacientes entre 0 y 16 años con una media de edad de 5 años y medio a los cuales se les ha implantado marcapasos. Trece pacientes con diagnóstico de bloqueo postquirúrgico y diez por bloqueo aurículoventricular congénito.

**Resultados.** Se implantaron 5 marcapasos endocavitarios en niños más mayores (3 DDD y 2 VVI). Los 18 restantes fueron epicárdicos.

De los marcapasos epicárdicos se implantaron 7 DDD (1 tuvo que ser reconvertido a endovenoso) y 11 VVI (en 1 hubo que realizar un upgrade a DDD, 1 tuvo que ser convertido a VVI endovenoso y en 4 hubo que realizar upgrade y conversión a DDD endovenoso).

**Conclusiones.** La estimulación cardiaca pediátrica es una técnica necesaria, sobretodo en centros con cirugía cardiaca infantil, y requiere constante seguimiento debido al crecimiento natural del niño, al poder requerir conversión y/o upgrade a otro dispositivo.

Póster 9

**BY PASS DISTAL SOBRE DISTAL COMO TÉCNICA DE SALVAMENTO DE EXTREMIDAD.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** La isquemia arterial crítica de miembros inferiores en ocasiones se caracteriza por afectación de los vasos infrapoplíteos. El desarrollo de las técnicas endovasculares y su crecimiento hacen que la cirugía pase a considerarse en segundo plano, aunque las guías clínicas establezcan las recomendaciones de cada estrategia. La cirugía re-do distal tiende a desestimarse por riesgo o alta tasa de fracaso por la angioplastia percutánea. Presentamos nuestra experiencia en cirugía distal ante trombosis de by pass distal previo

**Métodos.** 3 pacientes con antecedentes de cirugía de derivación infragenicular fueron intervenidos en nuestro centro por trombosis de by pass. En 2 casos fue progresión de la enfermedad y otro fue precoz por compresión extrínseca (vendaje ante edema de reperusión). Se recanalizó el by pass previo abocando la boca proximal y realizando uno nuevo hacia un territorio más distal

**Resultados.** El éxito inicial fue 100% y se logró evitar la amputación, objetivo primario

**Conclusiones.** La cirugía de bypass distal sigue siendo actualmente el gold estándar para tratar la patología infragenicular. Tras un fracaso de una cirugía previa no se deben desestimar nuevas técnicas derivativas si se estiman oportunas sólo por estar previamente operado, la reoperación es factible en centros con experiencia

Póster 10

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ANOMALÍA DE EBSTEIN EN EL PACIENTE ADULTO.** Ana Isabel Garzón Furné<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Teresa González Vargas<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves

**Fundamento.** El tratamiento quirúrgico de la anomalía de Ebstein en el adulto es poco frecuente y hay cierto debate en el tratamiento cuando se presenta disfunción del VD. Lo más habitual es la disnea progresiva y síntomas de insuficiencia cardíaca derecha, que pueden aparecer tardíamente cuando la función VD está ya muy disminuida.

**Método.** Mujer, 60 años, ingresa por IC en situación de anasarca. En ecografía: "Anomalía de Ebstein con IT severa, FEVD 36%". Se decide intervención quirúrgica, y ante imposibilidad de reparación se realiza sustitución valvular tricúspide por bioprótesis y derivación cavo-pulmonar de Glenn.

**Resultados.** Tras la intervención presentó shock refractario y finalmente fallece.

**Conclusiones.** -Se debe plantear un tratamiento quirúrgico temprano para evitar la progresión de la disfunción del ventrículo derecho (principal factor predictor de mortalidad postoperatoria temprana).

-La técnica de elección es la reparación; cuando no es posible, se prefieren prótesis biológicas (alto riesgo de trombosis).

-La derivación cavo-pulmonar de Glenn debe considerarse en disfunción severa del ventrículo derecho y FEVI preservada con baja presión en aurícula izquierda.

Póster 11

**PEUDOANEURISMA DEL TSVI EN PACIENTE PREVIAMENTE INTERVENIDO DE TETRALOGÍA DE FALLOT.**

Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Ana Garzón Furne<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>, María Esteban Molina<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves, Granada

**Justificación.** Los pseudoaneurismas del TSVI son complicaciones poco frecuentes pero graves que pueden ocurrir en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, habiendo pocos casos publicados.

**Método.** Varón, 24 años, intervenido en la infancia por malformación de Fallot, corrigiendo CIV subaórtica y estenosis pulmonar. En el seguimiento, se realiza TC control donde se observa "tabique interventricular con solución de continuidad de 18mm a nivel subaórtico. Comunicación de TSVI superior con cavidad localizada en posición anterosuperior extendida caudalmente sobre pared lateral de VD, 63x25mm, sugerente de pseudoaneurisma".

Se decide cirugía de reparación, estableciéndose CEC femoro-femoral para descompresión de cavidades derechas previo a reapertura debido a la extensión del pseudoaneurisma. Acceso por aortotomía convencional, observándose zona de entrada a la cavidad subaórtica adyacente a parche previo. Se implanta parche de pericardio bovino cerrando el defecto, sin ser necesario retirar anterior. Se comprueba a través de atriotomía derecha la no fistulización.

**Resultados.** Se comprueba, por ETE intraoperatoria, resolución del pseudoaneurisma, observándose "parche de cierre de CIV sin cortocircuito". El paciente evoluciona sin complicaciones siendo dado de alta en una semana.

**Conclusiones.** -Los pseudoaneurismas de TSVI deben tratarse para evitar complicaciones como rotura, compresión de estructuras o fistulización.

-Es fundamental el tratamiento quirúrgico y precoz.

Póster 12

**DESARROLLO E IMPLANTE DE PROGRAMA DE ECMO DE TRASLADO Y ASISTENCIA CARDIACA EN**

**ANDALUCÍA ORIENTAL.** Teresa González Vargas<sup>2</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furne<sup>1</sup>, Manuel García Delgado<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves 2) Universidad de Granada

**Introducción.** Siguiendo la experiencia de los grandes centros implantadores, hemos descrito e implantado nuestro propio protocolo, como centro de referencia en Andalucía Oriental.

El objetivo de este trabajo es describir el desarrollo de nuestro programa desde sus inicios, y exponer el protocolo de forma didáctica y los resultados iniciales.

**Material y métodos.** Objetivos principales:

- Garantizar la igualdad al acceso a la asistencia cardíaca de corta duración en todo el territorio de Andalucía Oriental.

Objetivos secundarios:

- Establecer un equipo de referencia formado por cirujanos e intensivistas formados y acreditados para la toma de decisiones "referral team".
- Formar y acreditar al resto del servicio de Cirugía Cardiovascular y Medicina Intensiva Cardiovascular en su conjunto para conformar el Servicio Receptor.
- Establecer un programa de formación y concienciación en los hospitales de nuestra área.
- Establecer un protocolo de ECMO de traslado.
- Garantizar la transferencia al hospital de origen una vez realizado el weaning de la asistencia.

**Conclusiones.** Es urgente garantizar la igualdad al acceso a la asistencia cardíaca en todo el territorio nacional y establecer centros de referencia acreditados para el implante y manejo de estos dispositivos, con volumen adecuado para obtener la experiencia necesaria para este tipo de programas.

Póster 13

**EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA PUNTUACIÓN ACEFII EN NUESTRO CENTRO.**

Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, Javier Miguelena-Hycka<sup>1</sup>, Miren Martín-García<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Rafael Muñoz-Pérez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Justificación.** Las escalas de estratificación del riesgo quirúrgico son una herramienta fundamental para evaluar la calidad de la atención quirúrgica. El presente estudio tiene como objetivo validar la capacidad predictiva de la escala ACEF II, comparativamente con escalas validadas como el EuroSCORE logístico I (ES) y EuroSCORE II (ESII).

**Métodos.** Se analizó una población intervenida consecutivamente durante el período de 2013-2019. Se analizó en los tres scores la calibración (prueba Hosmer-Lemeshow) y la discriminación (área bajo la curva ROC (AUC)).

**Resultados.** La serie incluyó 1.357 pacientes con una edad media de 68 años (DE 11), 843 (62%) varones, FEV I media 61% (DE 13), creatinina 1,08 mg/dL (DE 0,75), hematocrito 40% (DE 6), emergencia 101 (7,4%).

La mortalidad intrahospitalaria observada fue del 7.3%. La mortalidad estimada por las escalas fue 4,8% Para ACEF II, 10,5% para ES y 6,14% para ES II.

La discriminación fue inferior para ACEFII (AUC 0,76; IC95% 0,71-0,82) frente ESII (AUC 0,83; IC95% 0,78-0,87) y ES (AUC 0,84; IC95% 0,80-0,87).

La calibración fue subóptima en las tres escalas ES (HL p<0,001) ESII (HL p<0,001) y ACEFII (HL p<0,001).

**Conclusiones.** En nuestra muestra los tres modelos muestran defectos en la calibración. El ACEF II cuenta con una capacidad predictiva inferior a los EuroSCOREs.

Póster 14

**ABORDAJE INTEGRAL DE LA PATOLOGÍA DE ARCO AÓRTICO.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Pablo Castro Vera<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutierrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jiménez<sup>1</sup>. 1) H.U. Virgen de las Nieves.

**Justificación.** La complejidad de la patología de arco aórtico, con/sin extensión hacia la aorta ascendente y/o la descendente, precisa de un abordaje quirúrgico integral, en el que contemplen diferentes opciones terapéuticas (cirugía abierta, híbrida, endovascular), y no exclusivamente endovascular.

**Material.** Paciente de 76 años, diagnosticado de aneurisma sacular de 4,5x4 cm. situado en la porción inicial de la arteria subclavia izquierda. En su hospital de referencia se trata al paciente (Vascular) mediante técnica endovascular, implantando prótesis Cardiatis. Durante el postoperatorio, el paciente presentó taponamiento cardíaco. Tras punción de evacuación, y debido a la reaparición del mismo, se realiza Angio-TC, evidenciando perforación de la arteria aorta ascendente por el segmento externo de la prótesis Cardiatis, que no quedó posicionada de forma correcta a la curvatura menor del arco aórtico.

**Resultados.** Ante la situación clínica crítica del paciente, y por la imposibilidad de cortar la prótesis se decide implante de endoprótesis TAG de Gore, de 10 cm. en aorta ascendente, verticalizando la Cardiatis sellando la perforación.

**Conclusiones.** El tratamiento del arco aórtico debe contemplar todas las posibilidades técnicas y se debe disponer de los medios apropiados de resolución de complicaciones, para poder aportar seguridad y eficacia apropiados.

Póster 15

**LESIÓN DE ARTERIA CIRCUNFLEJA EN ANULOPLASTIA MITRAL.** Arantza Guzón Rementería<sup>1</sup>, Gemma Sánchez-Espín<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, María José Mataró López<sup>1</sup>, José Manuel Villaescusa Catalán<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, José María Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

**Justificación.** Describimos el caso de oclusión de circunfleja secundaria a anuloplastia mitral, sin clínica precoz ni curva enzimática significativa así como la importancia de sospecharlo en casos de evolución tórpida o deterioro de la función ventricular.

**Métodos.** Paciente con diagnóstico de insuficiencia mitral severa por prolapso de ambos velos, insuficiencia tricuspídea moderada, disfunción ventricular izquierda leve, y cateterismo con coronarias sin lesiones que ingresa para cirugía realizándose anuloplastia mitral y tricuspídea y cierre de orejuela. Se extuba en las primeras horas, con mínimo soporte retirándose precozmente. Curva enzimática de 40 de troponina, en el contexto de doble atriotomía. Sube a planta al tercer día postoperatorio, sufriendo PCR. Se traslada a UCI, decidiéndose cateterismo, que evidencia oclusión completa de circunfleja con resto de coronarias normales, decidiéndose angioplastia con implante de stents con buen resultado.

**Resultados.** La circunfleja puede ser lesionada durante la cirugía mitral, tanto por daño directo como por distorsión.

**Conclusiones.** La lesión de la circunfleja debe ser tenida en cuenta en postoperatorios tórpidos, con episodios de arritmias ventriculares, cambios isquémicos, o deterioro de la función ventricular. En nuestro caso, cabe pensar, que no se trataba de una oclusión completa inicial, si no de lesión endotelial, trombosis por distorsión o laceración del vaso.

Póster 16

**RESULTADOS A CORTO PLAZO DE CIRUGÍA DE VARICES CON TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA.** Alessia Miraglia<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, María Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Miguel Barquero Alemán<sup>1</sup>, José Miguel Barquero Aroca<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena.

**Justificación.** Analizar los resultados a corto plazo de cirugía de varices con técnica mínimamente invasiva (Endolaser de vena safena y esclerosis de varices tributarias con espuma de Polidocanol) en nuestro servicio.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 142 pacientes (88 mujeres, 61,97% de la muestra y 54 hombres). Edad media fue 50,09 años, seguimiento del 100% de 18 meses +/- 0,6 meses. Técnica realizada bajo anestesia local y sedación con alta del paciente a las pocas horas del procedimiento.

**Resultados.** En 121 cirugías (85,22%) se utilizó Láser+ Espuma, en 16 casos (8,45%) sólo espuma, 3 (2,41%) con espuma y crosectomía y 2 safenectomías clásicas con técnica de stripping. El 53,52% de los miembros operados corresponden al izquierdo y el 46,48% al derecho inferior. El 83,80% de los vasos afectados corresponde a Safena Interna. 4 pacientes (2,81%) presentaron recidivas comprobado por ecografía Doppler. Acudieron a Urgencias 16 (62,5% de ellos mujeres) por complicaciones leves como dolor, inflamación de los tejidos y prurito).

**Conclusiones.** Consideremos esta técnica como una excelente opción terapéutica para cirugía de varices con una corta estancia hospitalaria y unos buenos resultados a corto plazo.



Póster 17

**GRAN MASA AURICULAR DERECHA.** Cristina Jaén Garrido<sup>1</sup>, María Ángeles Martín Domínguez<sup>1</sup>, José Manuel Vignau Cano<sup>1</sup>, Aníbal Bermúdez García<sup>1</sup>, Carmen Carmona Vela<sup>1</sup>, Eloy Rueda Gomariz<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Puerta del Mar

**Fundamento.** Varón de 73 años con AP de trasplante hepático en 2000 por CHC, con seguimiento por Digestivo y que en TAC de control aparece ocupación de aurícula derecha (AD), sospechando mixoma versus trombosis crónica.

**Método.** Se decide realización de ETE y RMN cardíaca para completar estudio mostrando masa gigante (64x44mm) de contorno lobulado que ocupa toda la AD, sugestiva de mixoma, con implantación en techo de la misma a nivel de la entrada de vena cava superior, que llega hasta vena cava inferior y se introduce ligeramente en la válvula tricúspide, causando estenosis al flujo de llenado del VD.

Se intervino mediante esternotomía media y canulación venosa por femoral izquierda, sin isquemia. Mediante atriotomía derecha, se reseccionó la masa completamente.

**Resultado.** La ETT de control objetivó ausencia de masa. La AP resultó positiva para metástasis de CHC. El paciente completó su postoperatorio sin incidencias pasando a cargo de Digestivo.

**Conclusiones.** Los tumores metastásicos en el corazón son 20-40 veces más frecuentes que los tumores malignos primarios, su tratamiento suele depender del tipo y pronóstico. Pero en este caso el diagnóstico se realizó a posteriori, excluyendo al mixoma que era lo sospechado.

Póster 18

**ENDOCARDITIS SUBAGUDA CON DESTRUCCIÓN DE RAÍZ AÓRTICA Y DESINSERCIÓN DE TUBO VALVULADO: ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN?.** Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Francisco Gomera Martínez<sup>1</sup>, Ana Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Fernando Rodríguez Serrano<sup>2</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves 2) Grupo de Enfermedades Cardiovasculares. Instituto de Investigación Biosanitario de Granada.

**Fundamentos.** La endocarditis protésica subaguda suele estar ocasionada por Staphylococcus Coagulasa Negativos, entre ellos el Staphylococcus Epidermidis. El diagnóstico precoz y un abordaje quirúrgico radical son clave. En cuanto a la técnica quirúrgica, se debe asumir realizar una técnica más compleja con una morbi-mortalidad quirúrgica importante, mejorando así el pronóstico a medio y largo plazo.

**Material.** Paciente, varón de 55 años intervenido de aneurisma de raíz e insuficiencia aórtica mediante cirugía de Bentall y Bono, ingresa con clínica compatible con endocarditis protésica subaguda confirmada con hemocultivos positivos a S. Epidermidis y ecocardiograma transesofágico, que muestra desinserción anterior del tubo valvulado y un flujo sistólico perivalvular-peritubo con signos de compresión extrínseca.

**Resultados.** Se realiza cirugía de urgencia con canulación a través de tronco braquio-cefálico y cava. Tras diseccionar pericardio se retira conducto valvulado prácticamente desinsertado y se sustituye por homoinjerto de 25 mm. Al décimo día tras cirugía es dado de alta.

**Conclusiones.** La sustitución por homoinjerto criopreservado es una opción segura y óptima en pacientes de alto riesgo con endocarditis de raíz aórtica. Su implante homoinjerto permite mayor desbridamiento del territorio infectado y una reconstrucción duradera del tracto de salida, con una baja incidencia de recurrencias.

Póster 19

**RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA ANATÓMICA EN POSICIÓN AORTO-FEMORAL CON VENA DE SAFENA POR UNA INFECCIÓN ENDOVASCULAR.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Grupo de Trabajo de Patología Vascul y Endovascular de la SECTCV 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** La infección protésica vascular es una complicación con elevada morbi-mortalidad. El tratamiento percutáneo la minimiza, pero no la elimina completamente. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica, desbridamiento y reconstrucción, preferiblemente con tejido biológico.

**Métodos.** Presentamos el caso de una mujer de 61 años intervenida de by pass fémoro-poplíteo protésico. Acude a consulta por aumento de la claudicación, mostrándose by pass permeable. El TAC muestra progresión de la arteriopatía a nivel ilíaco. Se trata de manera endovascular con implante de stent. Pocas semanas después acude a urgencias por masa inguinal pulsátil, dolorosa. Se diagnostica de pseudoaneurisma en ilíaca externa distal al stent. Poco después, el hematoma que acompañaba al pseudoaneurisma se ulcera, provocando una infección inguinal abierta con bacteriemia por bacilos gramnegativos y captación en pruebas isotópicas. Se opta por exéresis del stent, del injerto fémoro-poplíteo, by pass aorto-femoral y fémoro-poplíteo con vena safena mayor invertida. Se acompaña de plastia de sartorio.

**Resultados.** Tras periodo de antibioterapia, la paciente fue dada de alta deambulando y sin signos de infección local ni sistémica

**Conclusiones.** La infección de los dispositivos endovasculares son entidades raras que precisan tratamiento precoz y agresivo por septicemia y alta tasa de amputación.

Póster 20

**RECONSTRUCCIÓN ESTERNAL CON PLACAS DE TITANEO EN DEHISCENCIA ESTERNAL COMPLICADA.** Begoña Bernal Gallego<sup>1</sup>, Andrea Ferreiro Marzal<sup>1</sup>, Ana Del Carmen Ramos Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Seguí Abrines<sup>1</sup>, Ana Garzón Furné<sup>1</sup>, José Manuel Garrido Jimenez<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves

**Justificación.** La dehiscencia esternal tras esternotomía media es una complicación frecuente que puede suponer un reto en caso de múltiples fracturas o infección sobreañadida. El uso de placas de titanio es un enfoque prometedor para la reconstrucción esternal.

**Metodología.** Se usó el sistema de fijación esternal de titanio Synthes<sup>TM</sup> como fijación de placa transversal en 10 pacientes (65 edad media) con dehiscencia esternal. La mayoría de pacientes eran mujeres (85,71%) con IMC > 30 y osteoporosis asociada (57,8%). Solo uno de los pacientes presentaba DM, y en dos casos EPOC. La cirugía valvular con abordaje por esternotomía completa fue la más frecuente (85,71%). En caso de infección, el desbridamiento inicial se realizó con antibióticos y terapia de presión negativa tópica (28,57%). El seguimiento se realizó al alta y a los 6 meses postoperatorios.

**Resultados.** El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 31.6 días. Todos los pacientes tuvieron un curso postoperatorio inicial sin incidentes y no hubo mortalidad asociada. En todos los casos se consiguió estabilidad torácica sin necesidad de oxígeno domiciliario.

**Conclusión.** La fijación con placas de titanio es un método eficaz y seguro para estabilizar la dehiscencia esternal complicada.



## Póster 21

**“FAST TRACK” EN ANEURISMAS DE AORTA: UN MODELO DE “AORTIC TEAM”.** Pedro Aranda<sup>1</sup>, José Joaquín Muñoz Ruiz-Canela<sup>1</sup>, Encarnación Cuellar<sup>1</sup>, Ana Medina<sup>1</sup>, Fernando Calleja<sup>1</sup>.1) Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Justificación.** La limitación de quirófanos, y la necesidad de una mejor imagen, llevaron a realizar procedimientos endovasculares de aorta en sala de radiología vascular de forma conjunta (Reparto 1-1).

**Métodos.** Los pacientes acuden por la mañana al hospital, y pasan recuperación tras la intervención, realizando el procedimiento de forma percutánea, y con sedación, o anestesia raquídea.

**Resultados.** Desde enero de 2019 a julio de 2019, se realizaron 26 procedimientos (16 bifurcadas simples, 3 torácicas, 2 branch ilíacos, 2 chimeneas remales y 2 fenestradas). Mortalidad 0%. En el mismo periodo del año previo se realizaron 15 procedimientos (incremento de actividad del 42%). Edad media 63,45 +- 10, 17 varones. Se realizaron 4 aperturas inguinales por fallo de Proglide. Estancia media 2, 4 días (1 a 8 días). 2 reingresos (infección inguinal y fuga tipo 1 con necesidad de reintervención).

**Conclusiones.** La colaboración con radiología intervencionista y anestesiología ha permitido evitar suspensiones y agilizar el proceso de reparación endovascular de aorta torácica y Abdominal, prácticamente duplicando la actividad, y acortando los ingresos un 50 % respecto al año anterior de forma segura.

## Póster 22

**INFILTRACIÓN VALVULAR AÓRTICA POR CÉLULAS PRO-INFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA.** José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Antonio Trujillo Aguilera<sup>1</sup>, Lucio Sartor<sup>1</sup>, Daniela Isabel Hervás Sotomayor<sup>1</sup>, María Bella Ramirez<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>, Alejandra Pera<sup>2</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía 2) IMIBIC (Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba)

**Justificación o Fundamento.** La Estenosis Aórtica se ha considerado tradicionalmente un proceso pasivo de degeneración crónica por acumulación de daño. Sin embargo, estudios recientes sugieren que la EAo es similar a la aterosclerosis, un proceso inflamatorio activo. Concretamente, se ha sugerido que diferentes tipos de células inmunitarias, presentes en el infiltrado valvular, podrían contribuir a su degeneración y progresión hacia estenosis.

**Método**

**Aislamiento celular.** Centrifugado diferencial. Lavado PBS (10 mL 0.5-1 mL de collagenase D (2mg/ml). Incubación durante 1h 30 min a 37°C. La muestra se homogeniza y se filtra por un filtro de Ø 70 µm. Homogenización. Centrifugado. Filtrado.

**Citometría de flujo.** Anticuerpos monoclonales conjugados con fluorocromo. Marcador APC-Cy7-conjugated life/death.

**Resultados**

- Conseguimos aislar diferentes tipos de células inflamatorias tras el procesado de la válvula estenótica.
- No se encontraron células inflamatorias en válvulas no estenóticas.
- Las células encontradas fueron fundamentalmente T cells (90%). Más de un 4% de éstas eran NK cells.
- El ratio CD4+/CD8+ ratio fue ½ (0.57). Solo un 2% eran T cells doblemente positivas.

**Conclusiones.** Esta es la primera vez que se aíslan y se marcan satisfactoriamente células inflamatorias de tejido valvular en pacientes con EAo.

Póster 23

**ENDOCARDITIS SOBRE TAVI. NUEVAS TECNOLOGÍAS, NUEVAS COMPLICACIONES.** Mónica Del Pozo Rodríguez<sup>1</sup>, Pedro Aranda Granados<sup>1</sup>, Aída Láñez Ramírez<sup>1</sup>, Celia Estévez Ruíz<sup>1</sup>, Fernando Calleja Rosas<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Regional Universitario de Málaga

**Justificación.** Presentamos un caso de endocarditis sobre TAVI ingresado en nuestro centro por isquemia aguda en miembro superior de origen embólico. Requirió retirada y sustitución quirúrgica (RVA) por prótesis aórtica, con ciertas dificultades técnicas a tener en cuenta. A propósito de este caso, queda manifiesta la introducción de este nuevo método percutáneo en la clínica habitual junto con nuevas complicaciones a tener en consideración.

**Métodos.** Búsqueda en Pubmed de artículos que reflejen la incidencia de endocarditis tras implante de TAVI, incluidos los publicados este año.

**Resultados.** Hemos encontrado una escasa evaluación de esta entidad en estudios a largo plazo. La mayor incidencia se encuentra en el primer año postimplante de TAVI siendo mayor que en el RVA. Recientes estudios muestran no diferencia significativa en la incidencia de endocarditis tras TAVI vs RVA. De manera común, la mortalidad de endocarditis post-TAVI es mayor que tras RVA.

**Conclusiones.** Se requieren estudios a largo plazo que evalúen incidencia y factores de riesgo de endocarditis post-TAVI así como aquellos que comparen esta patología en pacientes que han recibido RVA. Supone una nueva complicación a la cual los cirujanos cardiacos debemos adaptarnos técnicamente, además de un nuevo campo para desarrollar nuestra actividad quirúrgica.

Póster 24

**REEMPLAZO DE ARCO AÓRTICO CON PERFUSIÓN CEREBRAL SELECTIVA ANTERÓGRADA (PCSA) CONTINUA E HIPOTERMIA A 32°C: TÉCNICA “BRANCH FIRST”.** Javier Mauricio Olarte Villamizar<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, Emiliano Rodríguez Caulo<sup>1</sup>, Gertrudis Parody Cuerda<sup>1</sup>, Alessia Miraglia<sup>1</sup>, Miguel Barquero Aleman<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

Abordar el arco aórtico es un desafío quirúrgico. La técnica descrita permite intervenirlo sin requerir hipotermia profunda ni parada circulatoria cerebral.

Paciente de 52 años con antecedentes de reemplazo valvular aórtico mecánico y aneurisma de aorta ascendente en 2017. En 2019 una tomografía computarizada de control evidencia degeneración aneurismática desde la sutura distal del tubo de Dacron hasta salida de arteria subclavia izquierda.

Canulación arteriovenosa femoral izquierda. Línea arterial en “Y” para PCSA. Inicio de CEC con enfriamiento a 32°C. Clampaje de TBC, anastomosis a rama de 12 mm de diámetro de una prótesis de Dacron tetrafurcada de 12x10x8x8 mm. Conexión a línea arterial, clampaje de carótida izquierda y anastomosis a segunda rama, deaireamiento y PCSA bilateral. Cardioplegia de del Nido con Parada circulatoria hemicuerpo inferior. Reemplazo de arco aórtico con prótesis recta de 30 mm. Reinicio de perfusión corporal. Clampaje parcial lateral en tubo recto y anastomosis de la prótesis ramificada. Extubación en quirófano, evolución satisfactoria con alta hospitalaria a los 12 días. Tiempo CEC 100 min, isquemia 45 min y PCSA 10 min.

El abordaje del arco mediante técnica “Branch first” es reproducible y evita la morbilidad de la parada circulatoria total y de la hipotermia profunda.

Póster 25

**EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA NUEVA ESCALA DE ACEF II EN PACIENTES INTERVENIDOS DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA QUIRÚRGICA AISLADA.** Edmundo Fajardo-Rodríguez<sup>1</sup>, José López-Menéndez<sup>1</sup>, Mercedes Castro-Pinto<sup>1</sup>, Javier Miguelena-Hycka<sup>1</sup>, Miren Martín-García<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Roda<sup>1</sup>, Rafael Muñoz-Pérez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

**Justificación.** Recientemente se ha publicado la escala ACEFII. Dada la necesidad de realizar validaciones externas de este nuevo modelo, nuestro estudio tiene como objetivo analizar su capacidad predictiva, comparativamente con escalas validadas: ACEF, EuroSCORE I (ESI) y II (ESII).

**Métodos.** El estudio incluyó todos los pacientes intervenidos de revascularización coronaria aislada desde el 2.014. Se analizó la calibración (Hosmer-Lemeshow) y discriminación (área bajo curva ROC (AUC)).

**Resultados.** La serie incluyó 252 pacientes: edad media 67 años (DE 11), 88% varones, FEVI media 56% (DE 17), creatinina media 1,11 mg/dL (DE 0,81), hematocrito 41% (DE 6), emergencia 9,9%, ESI 6,4% y ESII 3,9%.

La mortalidad intrahospitalaria fue 3,2%. La mortalidad estimada fue ACEFII 6,0% (IC 95% 4,6–7,5%); ACEF 4,0% (IC 95% 3,1–4,9%).

La discriminación de ACEF II (AUC 0,81) fue próxima a la de ESI (AUC 0,83) y ES II (AUC 0,86). La versión previa de ACEF tuvo una discriminación inferior (AUC 0,69).

La calibración de ACEF II fue buena (HLp=0,54), pero no fue adecuada para ACEF (HLp=0,037).

**Conclusiones.** En cirugía coronaria aislada, la nueva escala ACEF II incrementa la discriminación respecto de su versión previa y corrige su defecto de calibración. En nuestra muestra, ACEF II supraestima la mortalidad.

Póster 26

**IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS BIOLÓGICAS TIPO PERCEVAL. NUESTRA EXPERIENCIA.** José María Turégano Cisneros<sup>1</sup>, Ignacio Muñoz Carvajal<sup>1</sup>, Laura Inga Távora<sup>1</sup>, José Joaquín Domínguez Del Castillo<sup>1</sup>, Alejandro González Caldevilla<sup>1</sup>, Lucía Bilbao Carrasco<sup>1</sup>, Pedro Alados Arboledas<sup>1</sup>, Javier Moya González<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Reina Sofía

**Justificación.** Cada vez está más extendido en nuestro medio la utilización de prótesis biológicas sin suturas en enfermedades de la válvula aórtica con el fin de disminuir los tiempos quirúrgicos permitiendo disminuir las posibles complicaciones asociadas, sin repercutir en la calidad del resultado final tras la colocación de estas prótesis.

Pretendemos analizar tipos de prótesis suturless implantadas en nuestro medio, así como los tiempos quirúrgicos, posibles complicaciones asociadas y seguimiento desde su implantación.

**Método.** Presentamos una serie de 61 prótesis tipo Perceval S implantadas en nuestro centro desde 2017 analizando las tallas más frecuentemente utilizadas así como tiempos quirúrgicos y estado ecocardiográfico tras varios meses de intervención.

**Resultados.** Tras el análisis de los datos comprobamos como claramente existe una disminución en los tiempos operatoria con las nuevas prótesis así como una misma tasa de mortalidad y menor comorbilidad que con las prótesis convencionales.

**Conclusiones.** A pesar de un seguimiento más corto en el tiempo que las prótesis biológicas convencionales, las nuevas válvulas suturless han demostrado ser una muy buena alternativa sobre todo a la hora de acortar tiempos quirúrgicos y en determinados casos.

Poster 27

**SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: ¿EL INTERVENCIONISMO VASCULAR ES UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA?** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Javier Alejandro Aranda Domene<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Julio García Puente Del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Antonio Capel Alemán<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Grupo de Trabajo de Patología Vascul ar y Endovascular de la SECTCV 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** La estenosis del confluente venoso yugulo-subclavio de origen radioterápico es entidad muy rara, pero muy limitantes. El tratamiento clásico consiste en la derivación quirúrgica hacia la aurícula derecha, principalmente en casos de origen benigno cuando la causa original ha sido resuelta, pero la morbilidad puede ser desproporcionada. El tratamiento endovascular se muestra como opción terapéutica alternativa a la cirugía

**Métodos.** Presentamos el caso de un varón de 56 años operado de un tumor laríngeo y radioterapia postoperatoria. Pocas semanas después desarrolló edema en miembro superior derecho y facial. La ecografía confirmó una fibrosis venosa con flujo filiforme, instaurándose medidas terapéuticas convencionales, aunque sin respuesta. Se realizó una flebografía por abordaje femoral y se recanalizó el segmento ocluido con un stent. No se aplicó trombolisis.

**Resultados.** El resultado inicial fue satisfactorio con excelente recanalización del segmento estenótico. El paciente fue derivado a su hospital de referencia para continuar tratamiento de su patología de base

**Conclusiones.** El tratamiento endovascular de las lesiones del confluente yugulo-subclavio es una opción eficaz y segura en el tratamiento del síndrome de cava superior, evitando la agresión quirúrgica sobre un lecho hostil, irradiado. Se necesitan más estudios para confirmar su eficacia a largo plazo.

Poster 28

**HEMANGIOMA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO.** José Miguel Borrego Domínguez<sup>1</sup>, Kambiz Rezaei<sup>1</sup>, Belén Ramos Barragan<sup>1</sup>, Amelia Peña<sup>1</sup>, Ana Maria Hernández Fernandez<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar<sup>1</sup>, Encarnación Gutierrez-Carretero<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Mujer de 66 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, ablación de taquicardia supraventricular, cirugía de cáncer de cérvix, colon irritable y derrame pericárdico consulta por disnea. se realiza ecocardiografía transtorácica que demuestra derrame pericárdico grave recidivante. Tras pericardiocentesis evacuadora de 1100 cc de líquido trasudado sin otras alteraciones, citología y cultivo negativo con marcadores tumorales y serologías negativas, vuelve a presentar derrame pericárdico.

Se realiza ventana pleuropericárdica pero vuelve a recidivar. Se realiza tac toraco-abdominal donde se aprecia nódulo hipervascular pericárdico de 2 cm en pared inferoposterior, en RNM cardiaca se observa formación hipervascularizada intrapericárdica de unos 2 cm adherida a pericardio visceral que reviste pared lateral de ventrículo izquierdo, que recibe aporte arterial directo de rama de obtusa marginal siendo compatible con hemangioma intrapericárdico.

En coronariografía parece que el hemangioma es irrigado por microcanales que dependen de la circunfleja distal no dominante.

Con el diagnóstico de hemangioma de ventrículo izquierdo, se procede bajo circulación extracorpórea a disección, resección completa del tumor y resección completa de pericardio de frénico a frénico.

Conclusión: el hemangioma de ventrículo izquierdo puede ser resecado con seguridad bajo circulación extracorpórea.

Póster 29

**MANEJO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN POSICIÓN AORTICA CON PRÓTESIS SIN SUTURA PERCEVAL S. DESCRIPCION DE CUATRO CASOS.** Javier Mauricio Olarte Villamizar<sup>1</sup>, Nuria Miranda Balbuena<sup>1</sup>, Maria Ángeles Gutiérrez Martín<sup>1</sup>, Carlos Velázquez Velázquez<sup>1</sup>, Omar Araji Tiliani<sup>1</sup>, José Miguel Barquero<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen Macarena

La endocarditis activa presenta un gran reto quirúrgico, especialmente en los casos donde la friabilidad y destrucción tisular es severa.

Presentamos 4 casos de endocarditis, 3 Hombres, 1 mujer con edad media  $75\pm 2$ , 3 en válvulas protésicas, 2 en posición aortica, 1 en posición mitral, esta última con afectación severa de la continuidad mitro aórtica y 1 en válvula nativa aortica. 2 pacientes presentaron embolias sépticas previas a la cirugía y 1 presentaba absceso peri protésico. La Fracción de eyección media del ventrículo izquierdo pre quirúrgica fue  $50\pm 10$  %. En 3 casos se realizó reemplazo valvular aórtico y 1 caso reemplazo mitral asociado. EL microorganismo etiológico cultivado fue en 2 pacientes S. Epidermidis, 1 paciente con T. Whipplei y 1 caso de Coxiella burnetti. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de  $61,25\pm 20$ , Isquemia cardiaca  $49\pm 10$ . Estancia media en UCI de  $11.2\pm 5$  Y hospitalario total  $31\pm 10$ . No se presentó ningún caso de mortalidad. Se siguieron en consulta externa con tratamiento antimicrobiano dirigido por 6 semanas.

Las bioprótesis sin sutura Representan una herramienta útil, valida y segura para el abordaje de la endocarditis en posición aortica, especialmente en aquellos pacientes donde la alteración tisular es extensa.

Póster 30

**TUMOR GIGANTE DE AURÍCULA DERECHA Y RECONSTRUCCIÓN.** José Manuel Villaescusa Catalan<sup>1</sup>, Gemma Sánchez Espin<sup>1</sup>, Juan José Otero Forero<sup>1</sup>, Ignacio Bibiloni Lage<sup>1</sup>, José Maria Melero Tejedor<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Presentamos el caso de una mujer de 41 años con antecedentes de fumadora activa, asma bronquial e hipotiroidismo. La paciente es estudiada por episodios de hemoptisis intermitente. En la TAC se observa una gran masa en aurícula derecha de  $45\text{mm}\times 55\text{mm}$  de tamaño, hipodensa con bordes lobulados que protruye hacia ventrículo derecho. En la ecocardiografía se confirma la masa con probable pase de implantación en septo interauricular aunque parece que tiene otra cerca de la desembocadura de la cava inferior.

La paciente es intervenida mediante circulación extracorpórea y canulación de cava superior y de vena femoral derecha dejando la punta de la cánula infracardiaca. Se realiza la auriculotomía y se visualiza una gran masa con varias bases de implantación (septo, pared lateral de aurícula derecha y desembocadura de la cava inferior). Se reseca la pieza tumoral enviando una muestra intraoperatoria al laboratorio de anatomía patológica confirmando que se trata de un mixoma. Reconstrucción de gran parte de la aurícula con parche de pericardio heterólogo. La paciente es extubada en las siguientes 3 horas y dada de alta sin incidencias.

Póster 31

**TRAUMATISMO CARDÍACO PENETRANTE CON AGUJA DEBIDO A AUTOAGRESIÓN.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Rubén Taboada Martín<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo Díaz<sup>1</sup>, Antonio Jiménez Aceituna<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de la Arrixaca-Murcia

Presentamos el caso de una mujer de 42 años asintomática con antecedentes de retraso psicomotor, episodios de autoagresión e institucionalizada, que acude a urgencias de nuestro hospital refiriendo haberse clavado una aguja en el tórax. Se realiza TAC Torácico que evidencia 3 cuerpos extraños hiperdensos, de morfología lineal compatibles con agujas, una de ellas de 4,6 cm de diámetro, atraviesa el pericardio y se localiza en el extremo superior del ventrículo izquierdo.

Se realiza exploración quirúrgica vía esternotomía media que no logra evidenciar signos de sangrado activo en mediastino. A la palpación sobre ventrículo izquierdo se localiza elemento con forma de aguja impactado en pared ventricular anterior izquierda perpendicular a la arteria coronaria descendente anterior, el cual se relacionaba con ella sin dañarla y sin sobresalir de la superficie epicárdica que además se rodeaba de tejido fibroso a su alrededor que nos hacía pensar sobre antigüedad de la lesión.

Dado los antecedentes de autoagresiones previas de la paciente posiblemente la aguja se relacionaba con un episodio anterior, que debido al efecto de succión provocado por el movimiento del corazón termina posicionándose intramiocárdico

Se descarto la extracción del mismo tras considerar el riesgo-beneficio.

Póster 32

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENDOCARDITIS DERECHA AISLADA, UNA DIFÍCIL TAREA.** Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Barbará Segura<sup>1</sup>, Cristina Sánchez<sup>1</sup>, Mireia Fernández<sup>1</sup>, Nuria Arce<sup>1</sup>, Miriam Blanco<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría<sup>1</sup>, Juan Bustamante<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Justificación.** La endocarditis derecha aislada es una entidad poco frecuente en pacientes no portadores de marcapasos y no adictos a drogas por vía parenteral. Esto, junto al hecho de que la sensibilidad de los criterios de Duke sea baja, retrasa su diagnóstico y hace necesario un minucioso diagnóstico diferencial.

**Métodos.** Mujer de 39 años con tratamiento anticonceptivo oral que presenta disnea. El TAC evidencia tromboembolismo pulmonar bilateral. El ecocardiograma muestra dos masas móviles en ventrículo derecho, en cuerdas tendinosas del velo septal tricuspídeo, y en cabeza del músculo papilar anterior. Con el diagnóstico de masas sin determinar, ancladas a válvula tricúspide, se decide intervención.

**Resultados.** Se observan dos masas móviles en velo tricuspídeo posterior y en músculo papilar anterior, verrucosas, con pérdida de tejido en velo septal y posterior. Se realiza resección de masas, bicuspidización de tricúspide y anuloplastia tricuspídea con anillo Physio tricuspídeo. La anatomía patológica mostró tejido compatible con endocarditis involutiva. El cultivo de tejido extraído resultó positivo para S. Oralis y S. Sanguinis.

**Conclusiones.** La endocarditis derecha aislada es una entidad poco conocida. Su debut como tromboembolismo pulmonar, en una paciente tratada con anticonceptivos orales, hizo necesario un diagnóstico diferencial, solo concluyente tras analizar el material valvular.



Póster 33

**HEMOTÓRAX MASIVO TARDÍO TRAS LACERACIÓN DE ARTERIA MAMARIA DERECHA POR FRACTURA ESTERNAL.** Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Barbará Segura<sup>1</sup>, Cristina Sánchez<sup>1</sup>, Nuria Arce<sup>1</sup>, Miriam Blanco<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Justificación.** La laceración de la arteria mamaria por fractura esternal es una complicación inusual tras cirugía cardíaca, a tener en cuenta como causa de un hemotórax masivo en el postoperatorio tardío.

**Métodos.** Mujer de 69 años intervenida de doble lesión mitral e insuficiencia tricuspídea severa. Postoperatorio sin complicaciones, siendo dada de alta a planta. Tras siete días con buena evolución, la paciente presenta desaturación brusca con hipotensión y taquicardia. Se realiza radiografía urgente y se observa hemotórax derecho masivo con desplazamiento mediastínico.

**Resultados.** Se coloca drenaje torácico con evacuación del hemotórax. Ante drenaje continuo y progresiva anemia la paciente es intervenida, observándose fractura esternal transversal que lacera la arteria mamaria interna derecha. Se realiza hemostasia con clipaje de la arteria.

**Conclusiones.** Los hemotórax tardíos no traumáticos tras cirugía cardíaca pueden estar relacionados con iatrogenia tras maniobras intervencionistas. Su aparición espontánea por laceración de la arteria mamaria derecha tras una fractura esternal, es inusual, y puede comprometer gravemente la vida del paciente si no es tratada.

Póster 34

**ENFERMERÍA EN TÉCNICAS ENDOVASCULARES Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.** Fabiola Romero Burgos<sup>1</sup>, María Rocío Gómez Medialdea<sup>1</sup>, María Inmaculada Quesada Marínez<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

**Justificación.** Actualmente, debido al avance de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, intervenciones mínimamente invasivas toman auge y, entre ellas, las especialidades de cirugía cardiovascular.

La Enfermería quirúrgica, en continuo aprendizaje de conocimientos y destrezas y, en colaboración con el resto de profesionales, tiene como objetivo velar por la seguridad del paciente.

**Métodos.** En el siguiente caso se describen las intervenciones de enfermería en quirófano de cirugía cardiovascular durante la reintervención de un paciente operado en 2018 al que, con una disección de aorta tipo B, se implanta stent en zona reimplante tronco braquiocefálico, colocación de endoprótesis y bypass carótido-carotídeo anterior.

**Resultados.** La intervención no tuvo complicaciones, no se precisó de CEC, aunque en todo momento estuvo en standby, junto con todo el equipo de profesionales, para cubrir de inmediato cualquier incidencia.

**Conclusiones.** Uno de los objetivos de enfermería quirúrgica es identificar y clasificar los resultados de los pacientes dependientes de las acciones enfermeras y que sean clínicamente útiles.

En nuestro caso, la enfermería colabora con el resto de profesionales, adquiere nuevas habilidades en el manejo de dispositivos y aparataje en intervenciones endovasculares, así como, en cirugía que precisa de CEC.



Póster 35

**PORQUE HAY VIDA DESPUÉS DE LA ENDOCARDITIS, INDIVIDUALIZACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA..**

Lucia Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Barbará Segura<sup>1</sup>, Cristina Sánchez<sup>1</sup>, Mireia Fernández<sup>1</sup>, Miriam Blanco<sup>1</sup>, Juan Bustamante<sup>1</sup>. 1) Servicio Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Justificación.** La técnica quirúrgica en el tratamiento de la endocarditis infecciosa se debe individualizar no solo por factores técnicos y anatómicos, sino también según los antecedentes y el contexto social del paciente.

**Métodos.** Mujer de 32 años con astenia, diaforesis, febrícula y artralgias. Presenta soplo mitral, y en el ecocardiograma vegetación móvil en festón A3 de la válvula mitral, generando insuficiencia severa. Hemocultivos positivos para *Streptococcus mitis*. La paciente quiere ser madre. La cirugía se retrasa por embolismos cerebrales con transformación hemorrágica.

**Resultados.** Válvula mitral con rotura de la comisura anterior A3-P3 con verrugas endocardíticas sin datos de infección. Se realiza reparación mitral mediante cierre de comisura A3-P3 utilizando cuerda de A3 para fijar la comisura. Se implanta Anillo mitral Physio II. Postoperatorio sin complicaciones. Dos años después la paciente acude a consulta embarazada de 6 meses.

**Conclusiones.** El tratamiento quirúrgico de la endocarditis infecciosa es, en muchos casos, complejo no solo desde el punto de vista técnico. La elección de la técnica puede estar condicionada por factores sociales, debiendo adaptar este no solo al proceso patológico sino a las características del paciente con el objetivo de mejorar el pronóstico y la calidad de vida del mismo.

Póster 36

**PERFUSION EN LA INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HEARTMATE 3.** M.L. Nadal López<sup>1</sup>, A. Mayordomo Anguiano<sup>1</sup>, R. Cuenca Zamorano<sup>1</sup>, L. Serrano Donaire<sup>1</sup>. 1) Hospital Virgen de las Nieves, Granada

**Justificación.** Los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) son una alternativa en desarrollo frente al trasplante cardíaco (txC) debido a varias causas: el aumento de la prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) asociada a la mayor edad y comorbilidad de los pacientes, la escasez de donantes y las largas listas de espera.

El Heartmate 3 (HM3) es un nuevo dispositivo de DAV izquierda, diseñado para mejorar la hemocompatibilidad, minimizando los efectos de corte en los componentes de la sangre e incorporando una interfaz de biomaterial optimizado.

**Métodos.** El planteamiento de la instauración del HM3 en nuestro hospital, Virgen de las Nieves (VN), condujo al equipo de perfusión a una revisión bibliográfica de dicho DAV.

**Resultados.** Realización de una guía de actuación del Perfusionista en la instauración y mantenimiento del HM3 en el Hospital VN.

**Conclusiones.** La elaboración de esta guía ayuda al equipo de perfusión a disminuir la variabilidad injustificada y la toma de decisiones sobre HM3, favoreciendo la seguridad del paciente.

Póster 37

**ANEURISMA FEMORAL SUPERFICIAL POSTRAUMÁTICO COMO CAUSA INFRECIENTE DE DOLOR CRÓNICO EN MIEMBRO INFERIOR.** Rubén Taboada Martín<sup>1,2</sup>, Ramón Aranda Domene<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Julio García Puente del Corral<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia, Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cirugía Vascul y Endovascular 2) Universidad Católica de San Antonio, Murcia.

**Justificación.** Los aneurismas arteriales periféricos secundarios a procesos traumáticos son entidades infrecuentes que pueden provocar graves consecuencias para la extremidad. Describimos un caso cuyo diagnóstico pasó desapercibido por varias especialidades hasta llegar a nuestro servicio.

**Métodos.** Mujer de 39 que acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo irradiado por la cara interna de muslo hacia la rodilla ipsilateral derivada desde atención primaria tras ser valorada por varios servicios. Ante el hallazgo de masa pulsátil en región interna de muslo se realiza angioTAC que muestra un aneurisma de 36mm en la arteria femoral superficial. Se decide by pass venoso como tratamiento. No se realizó tratamiento endovascular por edad, comorbilidad y para extracción muestra para anatomía-patológica.

**Resultado.** La anatomía-patológica mostró una arteria de características normales para la edad, tras la exclusión quirúrgica la paciente fue dada de alta a domicilio, actualmente asintomática.

**Conclusiones.** El aneurisma aislado de arteria femoral superficial es una entidad muy infrecuente y con complicaciones potencialmente devastadoras. Su diagnóstico se establece por ecografía doppler y angioTAC y la técnica de elección es el bypass venoso con exclusión del aneurisma. El tratamiento endovascular se reserva para pacientes con elevado riesgo quirúrgico o expectativa de vida limitada

Póster 38

**INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.** Carmen González De La Portilla-Concha<sup>1</sup>, Kambiz Rezaei<sup>1</sup>, Amelia Peña Rodríguez<sup>1</sup>, Belén Ramos Barragán<sup>1</sup>, Encarnación Gutiérrez-Carretero<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar Gomez<sup>1</sup>, Felipe Rodríguez Mora<sup>1</sup>, Aristides De Alarcon<sup>1</sup>. 1) Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

**Justificación.** La infección de la herida quirúrgica en cirugía cardiaca (IHQ) es un problema grave y de consecuencias devastadoras

**Objetivos.** Conocer la incidencia y etiología de la IHQ en nuestro centro, su modo de presentación, manejo y pronóstico de la misma.

**Resultados.** 59 casos (incidencia total 3.37%): 56% cirugías valvulares, 18% coronaria, 9% combinada, y 16.8% otro, porcentaje de infección del 3,2%, 5%, 5% y 1.4% respectivamente. (SCN) fueron la etiología predominante (23.7%), seguido de *aureus* y enterobacterias (11.9% ambos). La presentación más frecuente fue supuración de la herida con estabilidad esternal (23,7%) o sin ella (40.7%). La mortalidad total 20.3% sin diferencias significativas entre las opciones de manejo (conservador/cirugía) (p=0.062), mayor mortalidad en el grupo de infecciones diferidas (50% del total. Se observó una tendencia a mayor mortalidad en diabéticos (29.6%) sin significación estadística (p=0.061), y en fumadores activos (41%, p=0.27).

**Discusión.** Nuestros son similares a la literatura, con un predominio de microorganismos de crecimiento lento como SCN. La evolución favorable de los pacientes tratados de forma conservadora, sin diferencias significativas en cuanto a mortalidad frente a un abordaje más invasivo,

## Póster 39

**USO DE CARDIOPLEJÍA CALIENTE EN CRIOGLOBULINEMIA.** Javier Alejandro Massó Del Canto<sup>1</sup>, Juan Blanco Morillo<sup>1</sup>, Ramón Aranda Domenez<sup>1</sup>, José Antonio Moreno Moreno<sup>1</sup>, José María Arribas Leal<sup>1</sup>, Maydelin Lorenzo<sup>1</sup>, Francisco Gutiérrez García<sup>1</sup>, Sergio Juan Cánovas López<sup>1</sup>. 1) Virgen de la Arrixaca-Murcia.

Las crioglobulinemias son una forma especial de vasculitis sistémica secundaria a la presencia de Ig que precipitan a temperaturas menores de 37°C. Esto lleva a una vasculitis sistémica de mediano y pequeño vasos, como consecuencia de la presencia de inmunocomplejos circulantes.

La mayoría de procesos quirúrgicos en cirugía cardíaca precisan de CEC, con parada cardíaca y protección miocárdica con soluciones de cardioplegia fría, que en algunos pacientes supone un riesgo aumentado de complicaciones peri-postoperatorias como es el caso de las crioglobulinemias.

Presentamos el caso de un varón de 36 años, sin FRCV, con antecedente de válvula aórtica bicúspide con EAo ligera e IAo severa (diagnosticado como hallazgo casual al objetivarse dilatación severa de VI en TAC durante el estudio de crioglobulinemia mixta tipo II).

Tras presentarse en sesión se decide RVAO con prótesis mecánica, utilizando la estrategia de cardioplegia caliente tipo Braun a 37,3°C con inducción anterógrada y mantenimiento continuo retrogrado a través del seno coronario para evitar lesiones isquémicas, como también la precipitación de Ig circulantes con el uso de la cardioplegia fría.

Tº de CEC 60m y Tº de Clamp 49m. Extubación precoz a las 4 h, Evolución en UCI y en planta sin incidencias significativas.

## Póster 40

**IMPLANTE DE ASISTENCIA BIVENTRICULAR COMO PUENTE A TRASPLANTE EN MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA CON TORMENTA ARRÍTMICA REFRACTARIA.** Cristina Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Bárbara Segura Mendez<sup>1</sup>, Mireia Fernández Gutiérrez<sup>1</sup>, Nuria Arce Ramos<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal Hinojal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, José Ramón Echevarría Uríbarri<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Justificación.** La miocardiopatía arritmogénica es una patología infrecuente (<0,01%) relacionada hasta en el 40% de los casos con mutaciones de los desmosomas. Conlleva la progresiva sustitución del miocardio por tejido fibroadiposo, sustrato para arritmias malignas.

**Método.** Presentamos el caso de un varón de 17 años con antecedente de parada cardiorrespiratoria por fibrilación ventricular en contexto de miocardiopatía arritmogénica del ventrículo izquierdo. Presenta tormenta arrítmica refractaria a tratamiento (medicación, sedación, ablación de foco, ablación de ganglio estrellado). En el ecocardiograma se objetiva disfunción sistólica severa (19%) y extensa fibrosis.

**Resultados.** Se implanta de forma programada asistencia biventricular Levitronix Centrimag como puente a trasplante con óptimo resultado. Cinco días después, en situación de Urgencia 0, se realiza trasplante cardíaco ortotópico según técnica bicava, sin incidencias. El postoperatorio inmediato transcurre sin complicaciones, presentando al mes de la intervención rechazo celular 3R que responde a tratamiento corticoideo intravenoso. Buena evolución posterior.

**Conclusiones.** Las asistencias mecánicas ventriculares de corta-media duración son una alternativa en el manejo de la insuficiencia cardíaca terminal como puente a trasplante.

Póster 41

**POSICIONAMIENTO ANÓMALO DE OSTIUM CORONARIO IZQUIERDO EN PACIENTE CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA INTERVENIDA MEDIANTE MINIESTERNOTOMÍA EN J.** Cristina Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Lucía Pañeda Delgado<sup>1</sup>, Bárbara Segura Mendez<sup>1</sup>, Miriam Blanco Sáez<sup>1</sup>, Nuria Arce Ramos<sup>1</sup>, Yolanda Carrascal Hinojal<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>1</sup>, Juan Bustamante Munguira<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Justificación.** El origen anómalo de las arterias coronarias es una malformación congénita infrecuente. El diagnóstico suele ser casual en pacientes con otra patología estructural, pudiendo suponer una dificultad añadida para la técnica quirúrgica.

**Métodos.** Mujer, 63 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión, dislipemia, hipotiroidismo y sobrepeso. Refiere disnea progresiva y dolor torácico opresivo con el esfuerzo. El ecocardiograma objetiva válvula aórtica con estenosis severa sin otras alteraciones. El cateterismo cardiaco muestra arterias coronarias normales. Ante estos hallazgos, se decide cirugía sobre la válvula aórtica.

**Resultados.** Se procede a sustitución valvular mediante miniesternotomía en J. A la apertura de la aorta ascendente, se objetiva anomalía en posicionamiento de ostium coronario izquierdo, emergiendo este a nivel del anillo valvular, siendo englobado por el velo. Tras la retirada del velo se objetiva un segundo remanente de anillo valvular a 1,5 cm del nacimiento del ostium. Se implanta prótesis mecánica aórtica en posición supraanular, con especial precaución en la zona del velo anómalo. Postoperatorio sin complicaciones.

**Conclusiones.** Las anomalías congénitas en el posicionamiento de los ostia coronarios son infrecuentes, pero cuando se trata de hallazgos casuales, incluso en el propio acto quirúrgico, a veces requieren adaptar la técnica para evitar complicaciones.

Póster 42

**COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEVASTADORA TRAS RECAMBIO VALVULAR.** Loreto Berjón<sup>1</sup>, Lucía Pañeda<sup>2</sup>, Nuria Arce<sup>2</sup>, Begoña Gregorio<sup>1</sup>, Salvatore Di Stefano<sup>2</sup>, José María Matilla<sup>1</sup>, Manuel Castanedo<sup>1</sup>, Juan Bustamante<sup>2</sup>. 1) Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2) Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Justificación.** El empiema fúngico es una entidad infrecuente con mortalidad >70%, éste caso especialmente por riesgo añadido de endocarditis sobre válvula protésica. Su tratamiento precoz es vital y resolverá además la restricción pulmonar que la paciente comenzaba a presentar.

**Material y Métodos.** Mujer de 72 años con FA y fiebre reumática infantil, doble lesión mitral, insuficiencia tricuspídea severa e HTP en progresión.

Técnica quirúrgica: Sustitución valvular mitral por prótesis mecánica Carbomedics. Cierre interno de aurícula izquierda. Anuloplastia tricuspídea con anillo Phisio.

**Resultados.** A las 48h presenta hidroneumotorax y fiebre. Cultivo de líquido pleural positivo para *Cándida Tropicalis*, *Glabrata* y *S. Epidermidis* y *Salivarius*. Se inicia tratamiento con antibióticos, antifúngicos iv, drenaje endotorácico y fibrinolítico intrapleural.

Evoluciona tórpidamente con formación de una corteza pleural que enclaustra >50% del pulmón derecho, teniendo en cuenta el riesgo de bacteriemia o fungemia y endocarditis sobre válvula protésica, y agravamiento de la restricción pulmonar se decide tratamiento quirúrgico.

**Conclusión.** Tras la cirugía pleural recupera precozmente el estado general y presenta cultivos microbiológicos negativos con reexpansión pulmonar casi completa al alta. Por tanto ante un empiema fúngico, es vital un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar las potenciales y graves complicaciones asociadas a esta infrecuente entidad.



Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular



Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular