

C074

147. SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO TRAS FALLO PRIMARIO DEL INJERTO COMO ALTERNATIVA AL RETRASPLANTE CARDÍACO

Sarralde JA, Fernández-Dívar JA, Llano M, Canteli A, Castrillo C, Pontón A, Gutiérrez JF, Díez Solórzano L, Tascón V, Revuelta JM

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Introducción: la prevalencia del fallo primario del injerto (FPI) varía entre 1,4-30,7% y es responsable del 40% de mortalidad hospitalaria. Ocasionalmente, se precisan medios de soporte hasta la recuperación o trasplante.

Objetivo: analizar la utilidad de soportes mecánicos en pacientes que sufren FPI tras trasplante cardíaco.

Material y métodos: en nuestro centro se han implantado 6 dispositivos a 6 pacientes con FPI. Hemos realizado un estudio descriptivo de esta cohorte analizando las causas, complicaciones y resultados a corto-medio y largo plazo.

Resultados: la edad media fue de $43 \pm 11,3$ años (50% varones). Tres se trasplantaron en alarma 0. La edad de los donantes fue $35,6 \pm 7,5$. El tiempo de isquemia $193,8 \pm 35$ min y de circulación extracorpórea (CEC) $156,5 \pm 39,8$. Se realizó terapia antibiótica anticipada en todos los pacientes. Los 6 presentaron disfunción ventricular derecha grave y fracción de

eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media de $38 \pm 23,1\%$ tras el procedimiento. Se implantaron 5 oxigenadores de membrana extracorpórea (ECMO) venoarteriales y 1 asistencia biventricular Levitronix Centrimag®. Se pudieron retirar todos los dispositivos por considerar que el 100% de los pacientes se habían recuperado del FPI (sin trasplante) a los $6,8 \pm 5,3$ días del implante. Falleció el paciente que había sido portador de la asistencia biventricular a los 4 días de la retirada del soporte por sepsis. El resto fueron dados de alta a los $64 \pm 10,9$ días, permaneciendo estables tras un seguimiento de $341,4 \pm 217,4$ días, con un seguimiento acumulado de 1.707 días.

Conclusiones: el implante de asistencias en pacientes con FPI tras el trasplante supone un avance en el tratamiento de esta patología. Es una técnica rápida y segura que permite recuperar el órgano trasplantado.

C075

313. IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS CARDÍACAS POR VÍA TRANSAPICAL. RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Villagrán E, Montes L, Garcés Z, Ayaon A, Carnero M, Cobiella J, Maroto L, Rodríguez JE

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: presentamos nuestra experiencia en la implantación de bioprótesis transcáteter vía transapical.

Material y métodos: desde junio de 2008 se han implantado un total de 107 bioprótesis vía transapical, dos en posición mitral *valve in valve* (Edwards Sapiens THV, 62 tamaño 23 mm, 43 de 26 mm y 2 de 29 mm). Cuarenta y siete fueron mujeres, la edad mediana fue 81,30 años (*interquartile range* [IQR] 76,28-84,74). EuroSCORE medio 20,55 (desviación estándar [DE] 1,43). Criterios de inclusión: estenosis aórtica grave sintomática, EuroSCORE superior al 20%, aorta en porcelana, reoperados con injertos permeables o disfunción de bioprótesis en pacientes de alto riesgo. Todos los procedimientos se realizaron en quirófano bajo control radioscópico y ecocardiograma transesofágico 3D.

Resultados: la prótesis se implantó con éxito en los 107 pacientes, 4 precisaron conversión a circulación extracorpórea

(CEC) por dislocación precoz, 1 requirió implante de prótesis *valve in valve* intraoperatorio. Mediana de estancia en unidad de vigilancia intensiva (UVI): 1 día (IQR 1-4). Mediana de estancia postoperatoria: 7,5 días (IQR 6-11). Morbilidad: ventilación mecánica prolongada (> 48 h) 10%; insuficiencia renal aguda (IRA) 34,3%; bloqueo auriculo-ventricular (BAV) 4,3% y accidente cerebrovascular (ACV) 5,7%. La mortalidad hospitalaria fue del 12%. Seguimiento en consultas a 6, 12, 24 y 36 meses con ecocardiografía transtorácica. La supervivencia a 36 meses fue del 78% y la totalidad de los pacientes continuaban en clase funcional I-II.

Conclusión: en nuestra experiencia se han obtenido buenos resultados, haciendo de la vía transapical una alternativa adecuada para los pacientes excluidos para cirugía convencional.