

TP25

218. ASISTENCIA CIRCULATORIA DE LARGA DURACIÓN. EXPERIENCIA INICIAL

Otero J, Conejero M, Valencia D, Maiorano P, Sauchelli G, Pernia I, Alados P, Casares J, García MA, Merino C, Moya J, Román M, Muñoz I

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia

Objetivos: se presenta la experiencia inicial en nuestro centro en el uso de dispositivos de asistencia circulatoria mecánica de larga duración, tanto en pacientes adultos como pediátricos. Han sido utilizadas tanto como puente a trasplante como terapia de destino.

Material y métodos: recogemos la experiencia sobre 4 pacientes, 3 pediátricos y uno adulto. Los pacientes pediátricos fueron todos de sexo masculino, con una media de edad de 5,5 años. La etiología fue diferente en cada caso (coronaria izquierda anómala, miocardiopatía dilatada idiopática y miocarditis), recibiendo una asistencia de flujo pulsátil (1 ventricular izquierda y 2 biventriculares) como puente a trasplante. El paciente adulto es un varón de 72 años con una miocardiopatía hipertrófica con disfunción ventricular izquierda grave, utilizando una asistencia ventricular izquierda de flujo continuo con bomba magnética.

Resultados: encontramos un 100% de supervivencia. Los 3 pacientes pediátricos recibieron un tiempo medio de asistencia de 142 días (91-247), siendo los 3 trasplantados con éxito. Uno de ellos precisó de oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) postrasplante, siendo retirada en 7 días. Todos fueron dados de alta del hospital. Al año, uno de los pacientes ha fallecido, sobreviviendo los otros dos. La complicación más frecuente fue el sangrado en el sitio de canulación. El paciente adulto sigue actualmente ingresado en el hospital y ha presentado como complicación principal una hemorragia cerebral con secuelas neurológicas.

Conclusiones: la asistencia ventricular de larga duración es una terapia segura y efectiva en pacientes con cardiopatías terminales, ya sea como puente a trasplante, recuperación o terapia de destino.

TP26

238. PRÓTESIS PERCUTÁNEAS: EL FIN DE LA PRÓTESIS MECÁNICA

Porras C, Sánchez G, Mataró MJ, Such M, Melero JM, Olalla E, Rodríguez Bailón I, Muñoz A, Hernández JM

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Desde la introducción de las prótesis percutáneas en la práctica clínica y de los procedimientos *valve in valve* se pueden tratar de forma no quirúrgica las disfunciones de prótesis biológicas aórticas.

Analizamos nuestros datos para ver si se justificaría rebajar más la edad de implantación de prótesis biológicas (60–65 años) con el planteamiento: primer procedimiento en edad joven, segundo (primera reintervención) en edad intermedia, con bajo riesgo y tercero percutáneo.

En los últimos 10 años hemos reoperado 28 pacientes con prótesis aórticas previas (disfunción de prótesis biológicas, trombosis protésicas mecánicas o *leaks* periprotésicos)

habiendo fallecido uno, lo que significa una mortalidad del 3,6%. Se excluyen del análisis los pacientes reintervenidos por endocarditis (al no tener relación dicha patología con tener previamente implantada una prótesis biológica vs mecánica) y los pacientes con otra cirugía previa asociada.

Dado el bajo riesgo que representa una primera reintervención, especialmente a edad relativamente joven, creemos recomendable expandir la edad en la que se implantan prótesis biológicas en posición aórtica y difícil de justificar la implantación de prótesis mecánicas en dicha posición, salvo en pacientes muy jóvenes en los que la reparación valvular o el procedimiento de Ross no sean posibles.