



Revista Española de Cardiología



7002-9. CIRUGÍA CARDIACA PEDIÁTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA: ¿CUÁNDO, CÓMO Y POR QUÉ? EXPERIENCIA INICIAL CON 100 CASOS

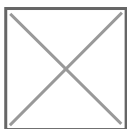
María Teresa González López¹, Juan Miguel Gil Jaurena¹, Ana María Pita Fernández¹, Ramón Pérez-Caballero Martínez¹, Alejandro Rodríguez Ogando², Teresa Álvarez Martín² y Constancio Medrano López² del ¹Servicio de Cirugía Cardíaca Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y ²Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los abordajes mini-invasivos en cirugía cardíaca pediátrica son infrecuentes y son pocos los grupos que presentan programas a nivel europeo. Presentamos las indicaciones, técnicas y resultados de nuestra serie inicial de cirugía cardíaca pediátrica mini-invasiva bajo circulación extracorpórea.

Métodos: Se incluyeron los primeros 100 pacientes en 27 meses (2013-2015) desde la implantación de nuestro programa de cirugía mini-invasiva [44% varones, edad media 42,8 meses (rango 7 días-14 años), peso medio 14,9 kg (rango 3-61)]. Las indicaciones incluyen CIA ostium secundum (n = 39), CIA seno venoso (n = 10), CIV (n = 29) [perimembranosa n = 25; VD doble salida n = 3; VD doble cámara n = 1], canal AV parcial (n = 9) y completo (n = 4), síndrome de cimitarra (n = 2), cor triatriatum (n = 3), estenosis aórtica supravalvular (n = 1), estenosis valvular aórtica (n = 2) e insuficiencia tricúspide grave (n = 1). La técnica de abordaje y datos antropométricos se muestran en la tabla. Se obtuvieron datos de seguimiento clínico/ecocardiográfico. Se empleó SPSS v.21.0 en el análisis descriptivo.

Resultados: El tiempo medio de CEC fue $77,5 \pm 43,2$ minutos (rango 27-143) y clampaje aórtico $38,3 \pm 26,4$ (rango 0-133). La tasa de reconversión fue 1% (n = 1) (axilar a postero-lateral). La prevalencia de extubación intraoperatoria fue 91%. No hubo casos de mortalidad a 30 días ni eventos neurológicos. La incidencia de reintervención precoz (durante el mismo ingreso) fue 3% (n = 3: 1 Ross-Konno por IAO grave poscierre CIV; 1 por sangrado; 1 por CIV residual). En el seguimiento medio ($13,4 \pm 11,6$ meses, rango 1-26): incidencia de reintervención relacionada con la patología primaria fue 1% (n = 1) (RVAo + ampliación anillo poscomisurotomía aórtica); mortalidad 1% (n = 1) (corrección de síndrome de cimitarra (fisiología univentricular) y posterior cirugía de Fontan y take-down precoz); no se detectaron lesiones residuales ni complicaciones relacionadas con el acceso (figura) en ninguno, manteniendo una óptima clase funcional (n = 99).



Resultados posoperatorios. a. Miniesternotomía inferior. b. Abordaje submamario. c. Abordaje postero-lateral. d. Toracotomía axilar.

Diferencias antropométricas según el tipo de abordaje mini-invasivo

	Toracotomía antero-lateral derecha (submamaria) (n = 17):	Toracotomía axilar (n = 18):	Miniesternotomía (inferior) (n = 57):	Miniesternotomía (superior) (n = 3):	Toracotomía posterolateral (n = 5):
	CIA OS (n = 12)	CIA OS (n = 14)	CIV (n = 31)	Estenosis supraV Ao (n = 1)	CIA OS (n = 1)
	CIA SV (n = 2)	CIA SV (n = 4)	CIA OS (n = 12)	Estenosis valvular Ao (n = 2)	CIA SV (n = 2)
	Canal AV parcial (n = 2)		CIA SV (n = 2)		Síndrome cimitarra (n = 2)
	<i>Cor triatriatum</i> (n = 1)		Canal AV parcial (n = 6)		
			Canal AV completo (n = 4)		
			<i>Cor triatriatum</i> (n = 2)		
			Insuf. tricúspide (n = 1)		
Edad (meses) (media, rango)	7,9 años (rango 2-14)	3,7 años (rango 9- 81)	20,7 meses (rango 7 días-10 años)	11,6 años (rango 9-13)	5,1 años (rango 1,7-7,3)
Peso (Kg) (media, rango)	28,3 kg (rango 8-61)	16,2 kg (rango 8,3-23)	8,8 kg (rango 3-39)	41,3 kg (rango 33-48)	17,6 kg (rango 12-21)

Se especifica espectro de edad y pesos para cada abordaje específico así como el número y tipo de casos de cada patología para cada abordaje.

Conclusiones: La cirugía miniinvasiva en cardiopatías congénitas seleccionadas presenta excelentes resultados sin incrementar el riesgo/complicaciones quirúrgicas, con mejor resultado funcional/estético respecto a la esternotomía media. La ampliación de las indicaciones hacia edades menores y patología más compleja es posible mediante un programa consolidado, permitiendo una óptima curva de aprendizaje.