

REC: CardioClinics

<https://www.reccardioclinics.org>

51 - NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA CORONARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA POR MINITORACOTOMÍA IZQUIERDA EN LESIONES COMPLEJAS

R. Taboada Martín, R. Aranda Domene, J.A. Massó del Canto, M.A. Esteve Pastor, F. Marín Ortuño, S.J. Cánovas López y E. Pinar Bermúdez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía mínimamente invasiva cobra más protagonismo cada vez, en ocasiones motivado para minimizar la agresión quirúrgica, en otras demandado por el paciente. Los abordajes mínimamente invasivos en cirugía coronaria no son habituales. Objetivos: transmitir nuestra experiencia en cirugía mínimamente invasiva en cirugía coronaria por toracotomía izquierda.

Métodos: Desde febrero de 2016 hasta julio de 2017 se han intervenido en nuestro centro un total de 21 pacientes de cirugía de revascularización coronaria mediante toracotomía izquierda. Todos ellos hombres, media de edad 69 años (41-81 años), índice de masa corporal medio de 27,1 kg/m² (24,15-38,2 kg/m²), 9 con antecedentes de ACTP, 3 con arteriopatía periférica, 2 con EPOC, 10 diabéticos (3 insulino dependientes), 7 en clase funcional NYHA-III y 2 urgentes, todos con aas 100 mg, Euroscore I medio de 4,48% (0,8-24,1), Euroscore II medio 1,3% (0,55-1,77). La patología tratada ha sido enfermedad de TCI y 3 vasos (29%), TCI y 2 vasos (24%), 2 vasos (19%), DA aislada (19%) y 3 vasos en 9%.

Resultados: Todos los casos realizados sin circulación extracorpórea. El éxito técnico ha sido de 100%, la revascularización ha sido completa en el 80% de los casos ya que en 4 casos la calcificación parietal ha imposibilitado el by pass. Se ha usado la arteria mamaria interna izquierda en el 100% de los casos (1 de ellos en secuencial), mamaria derecha en 20% (4 casos), arteria radial izquierda sobre mamaria izquierda en 38% (8 casos) y vena safena mayor invertida sobre mamaria izquierda en 1 caso. 1 caso tuvo que ser reintervenido por sangrado, único que precisó transfusión de 1 pool de plaquetas y 2 concentrados de hematíes. 4 casos precisaron soporte de noradrenalina y 1 de dobutamina. El tiempo medio de intubación 4h, 24h de UCI y 3 días de ingreso en planta. Ningún paciente falleció intrahospitalariamente ni al mes de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, esta técnica ofrece un elevado porcentaje de revascularización arterial completa con baja mortalidad, reduciendo estancia media y coste hospitalario. Requiere curva de aprendizaje por elevada complejidad técnica.