Revista Colombiana de
Cardiología

Volumen 33 Suplemento 1
ISSN:0120-5633

Enero 2026
www.rccardiologia.com
www.revcolcard.org

RESÚMENES DE INVESTIGACIÓN

III SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR 2025

Órgano oficial de la Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

PERMANYER
www.permanyer.com

Revista Colombiana de
Cardiología

EDITOR JEFE / *EDITOR IN CHIEF*

Darío Echeverri
Departamento de Cardiología, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

COEDITOR / *COEDITOR*

Alberto Barón
Departamento de Cardiología, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia

EDITOR EMÉRITO / *EMERITUS EDITOR*

Jorge León-Galindo
Departamento de Cardiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

EDITORES ASOCIADOS / *ASSOCIATE EDITORS*

Claudia V. Anchique
Servicio de Cardiología, Mediagnóstica Tecmedi S.A.S., Duitama, Colombia

Dagnóvar Aristizábal
Centro Clínico y de Investigación SICOR, Medellín, Colombia

Julián M. Aristizábal
Servicio de Electrofisiología, Clínica CES, Medellín, Colombia

Alberto Barón
Departamento de Cardiología, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia

Luis M. Benítez
Departamento de Cardiología, Centro Médico Clínica de Occidente, Cali, Colombia

Ricardo Bohórquez
Departamento de Cardiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Marisol Carreño
Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos, Cardiología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

Alejandro Escobar
Servicio de Cirugía Cardiovascular, Centro Cardiovascular Somer Incare, Medellín, Colombia

Ángel A. García
Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Juan E. Gómez
Servicio de Cardiología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Edgar Hernández
Departamento de Cardiología, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Víctor M. Huertas
Instituto de Cardiopatías Congénitas, La Cardio/Fundacion Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Nicolás I. Jaramillo
Unidad de Hemodinamia, Clínica Las Américas, Medellín, Colombia

Fernando Lizcano
Centro de Investigación Biomédica, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Patricio López
Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica FOSCAL, Bucaramanga, Colombia

Dora I. Molina
Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia

Guillermo Mora
Servicio de Electrofisiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Federico Núñez
Departamento de Cirugía Cardiovascular, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia

Carlos Obando
Departamento de Cirugía Cardiovascular, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Alejandro Orjuela
Servicio de Electrofisiología, Hospital Universitario Santa Sofía de Caldas, Manizales, Colombia

Ana C. Palacio
Departamento de Cardiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Julián Parada
Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Los Comuneros, Bucaramanga, Colombia

Juan H. Del Portillo
Servicio de Hemodiamia, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

María J. Rodríguez
Departamento de Falla Cardíaca y Trasplante Cardíaco, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Clara I. Saldarriaga
Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Clínica Cardiovid, Medellín, Colombia

Néstor Sandoval
Instituto de Cardiopatías Congénitas, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Miguel Urina
Fundación del Caribe para la Investigación Biomédica, Barranquilla, Colombia

Sebastián Vélez
Departamento de Cardiología, Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU), Medellín, Colombia

Boris E. Vesga
Servicio de Hemodinamia, Instituto del Corazón, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL / *INTERNATIONAL SCIENTIFIC COMMITTEE*

Juan J. Badimón
Atherothrombosis Research Unit, Cardiovascular Institute, New York, Estados Unidos

Tomasa Centella
Área de Cardiología, Hospital "Ramón y Cajal", Madrid, España

José G. Diez
Interventional Cardiology, Texas Heart Institute, Texas, Estados Unidos

José R. González-Juanatey
Área de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Andrés Iñiguez
Área de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Pedro Moreno
Cardiology Research, Interventional Cardiology, Mount Sinai Hospital, New York, Estados Unidos

Carlos A. Morillo
Department of Medicine, McMaster University, Hamilton General Hospital, Hamilton, Canada

Daniel J. Piñeiro
Departamento de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Héctor R. Villarraga
Division of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic, Rochester Minessota, Estados Unidos

Órgano oficial de la Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PERMANYER
www.permanyer.com

COMITÉ DE ARBITRAJE / *REVIEW COMMITTEE*

Ángel A. García
Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

John Bustamante
Centro de Bioingeniería, Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia

Julián M. Aristizábal
Servicio de Electrofisiología, Clinica CES Medellín, Colombia

Dagnóvar Aristizábal
Centro Clínico y de Investigación SICOR Medellín, Colombia

COMITÉ DE COMUNICACIÓN DIGITAL / *DIGITAL COMMUNICATION COMMITTEE*

Julián M. Aristizábal
Servicio de Electrofisiología, Clínica CES, Medellín, Colombia

Juan H. Del Portillo
Servicio de Hemodinamia, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Clara Saldarriaga
Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Clínica Cardio Vid, Medellín, Colombia

Darío Echeverri
Departamento de Cardiología, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

LISTA DE REVISORES / *REVIEWERS LIST*

Pedro Abad
Claudia V. Anchique
Carlos Arias
Dagnóvar Aristizábal
Julián M. Aristizábal
Álvaro Avezum
José R. Azpiri
Ana M. Barón
Daniel Berrocal
John Bustamante
Jaime Cabrales
Lina Caicedo
Jaime Camacho
Paul Camacho
Ivonne J. Cárdenas
Jonathan Cardona
Marisol Carreño
Carlos Carvajal
Gabriel Cassalett
Mauricio Cassinelli
Roque A. Córdoba
John A. Conta
Tomás Chalela
Gabriel Díaz
Pedro Forcada
Hernán Fernández
Argemiro Fragozo
Alejandra Gallego
Ángel A. García
Víctor J. Gil
Juan E. Gómez
Mabel Gómez
Efraín Gómez
César Hernández
Édgar Hernández
Álvaro A. Herrera
Heinz Hiller
Andrés Iñiguez
Nicolás Jaramillo
Alejandro Jiménez
Carlos A. Luengas
José F. Díaz
Fernando Manzur
Erika M. Martínez
Sandra Matiz
Enrique Melgarejo
Iván Melgarejo
Jainer J. Méndez
Óscar Mendiz
Sara E. Mendoza
Fernán Mendoza
Néstor Mercado
Carlos Mestres
Andrés F. Miranda
Jorge D. Mor
Guillermo Mora
Carlos Morillo
Ana Múnera
Jaime Murillo
Federico Núñez
Luz A. Ocampo
Ricardo Peña
Manuel Puerta
Iván D. Rendón
Jairo A. Rendón
Fanny Rincón
Mónica Rincón
Víctor Z. Rizo
Nubia L. Roa
Diego Rodríguez
Nohora I. Rodríguez
Álvaro Ruiz
José F. Saaibi
Carlos Sánchez
Juan M. Sarmiento
Jaime A. Serna
Alberto Suárez
Miguel Urina
Édgar Varela
Rusvelt F. Vargas
Juan F. Vásquez
Óscar Velásquez
Sebastián Vélez
Boris E. Vesga
Ricardo Zalaquett

La *Revista Colombiana de Cardiología (RCC)* es la publicación científica oficial de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
Es una publicación bimestral, *open access* (abierta sin costo para autores y lectores), de revisión por pares, que se publica en versión electrónica y acepta manuscritos para evaluación en español o inglés sobre aspectos básicos, epidemiológicos, quirúrgicos y clínicos en el área de la cardiología. Cuenta con un Comité Editorial compuesto de expertos nacionales e internacionales. La revista se encarga de divulgar artículos originales clínicos y experimentales sobre enfermedades cardiovasculares, reportes sobre terapéutica médica y quirúrgica, cardiología pediátrica, estudios cooperativos, epidemiología, estudios de medicamentos, métodos diagnósticos, reportes de casos clínicos, cartas al editor y editoriales.

Revista Colombiana de Cardiología (RCC) *is the official scientific publication of the Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.*
It is a peer reviewed, bimonthly journal, that publishes online open access (free of charge for authors and readers) articles in Spanish or English about basic, epidemiological, surgical or clinical aspects in the field of Cardiology. It has an Editorial Committee composed of national and international experts. The journal's objective is to spread original articles, clinical and experimental, about cardiovascular diseases, reports about medical and surgery therapy, pediatric cardiology, cooperative studies, epidemiology, drug studies, diagnostic methods, case reports, letters to the editor and editorials.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

http://publisher.rccar.permanyer.com

Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España – permanyer@permanyer.com

colombia@permanyer.com

PERMANYER
www.permanyer.com

ISSN: 0120-5633
Ref.: 11003ACOL256

www.permanyer.com

Las opiniones, hallazgos y conclusiones son las de los autores. Los editores y la editorial no son responsables por los contenidos publicados en la revista.
© 2025 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer.
Esta es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

SUMARIO

Introducción

III Simposio Internacional de Cirugía Cardiovascular 2025 1

Índices

Índice de Presentaciones de Casos clínicos 3
Índice de Trabajos Libres / Originales 5
Índice de Videos de procedimientos 8
Índice de autores - Presentaciones de Casos clínicos 9
Índice de autores - Trabajos Libres / Originales 11
Índice de autores - Videos de Procedimientos 13

Resúmenes de Presentaciones de Casos Clínicos

Arco aórtico descendente y toracoabdominal 15
Cardiopatías congénitas - Adultos 16
Cardiopatías congénitas - Niños 17
Coronarias 17
Educación e investigación 18
ERAS / anestesia CV 19
Falla cardíaca - HTP - MCH 20
Perfusión 21
Terapia transcatéter de la válvula aórtica - TAVI 21
UCI cardiovascular 22
Válvula aórtica y ascendente 23
Válvula mitral, tricúspide y arritmias 24

Resúmenes de Trabajos Libres / Originales

Arco aórtico descendente y toracoabdominal 25
Cardiopatías congénitas - Adultos 25
Coronarias 26
Educación e investigación 27
ERAS / anestesia CV 29
Falla cardíaca - HTP -MCH 29
Perfusión 30
Válvula aórtica y ascendente 31
Válvula mitral, tricúspide y arritmias 33

Resúmenes de Videos de procedimientos

Cardiopatías congénitas - Niños 36
Coronarias 36
Terapia transcatéter de la válvula aórtica - TAVI 37
Válvula aórtica y ascendente 38
Válvula mitral, tricúspide y arritmias 38

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

Introducción

Los días 19 y 20 de septiembre de 2025 se llevó a cabo nuestro III Simposio Internacional de Cirugía Cardiovascular en Estelar Cartagena de Indias Hotel y Centro de Convenciones de la nuestra ciudad patrimonio histórico de la humanidad.

Para esta edición se abrió convocatoria para la presentación de trabajos de investigación en modalidad de trabajos originales o libres, pero también presentaciones de caso y vídeos de procedimiento.

Se recibieron de forma efectiva 66 trabajos, cuyos títulos, resúmenes y autores componen el presente suplemento. Es un orgullo que se haya recibido tal número pues de entrada supera en más del doble, los que se reciben habitualmente para los congresos nacionales y los simposios internacionales que organiza nuestra Sociedad anualmente. Esto demuestra el interés en participar y aportar al conocimiento de nuestra comunidad sobre temas de avanzada y mejora de nuestra práctica, lo cual redunda en el beneficio de nuestros pacientes.

Sabemos del nivel de dificultad que este tipo de producción implica para quienes se animan a compartir su experiencia, pero pueden estar seguros de que esto será el comienzo de cosas más grandes para nuestra especialidad.

Cód.	Especialidad	Comunicación oral	Presentación ePoster	Video	Total
1	Coronarias	4	6	0	10
3	UCI Cardiovascular	3	0	0	3
4	Válvula aórtica y ascendente	4	8	1	13
5	Arco aórtico descendente y toracoabdominal	3	4	0	7
6	ERAS / Anestesia CV	3	0	0	3
7	Cardiopatías congénitas - Niños	0	1	2	3
8	Cardiopatías congénitas - Adultos	2	1	0	3
9	Terapia transcatéter de la válvula aórtica - TAVI	2	0	0	2
10	Falla cardíaca - HTP - MCH	3	3	0	6
11	Válvula mitral, tricúspide y arritmias	2	3	3	8
12	Educación e investigación	1	5	0	6
13	Perfusión	2	0	0	2
	Total general	**29**	**31**	**6**	**66**

Mil gracias a todos los autores, ustedes hacen grande este tipo de eventos. ¡Los esperamos nuevamente para nuestro IV Simposio Internacional de Cirugía Cardiovascular de 2027!

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE PRESENTACIONES DE CASOS CLÍNICOS

ARCO AÓRTICO DESCENDENTE Y TORACOABDOMINAL

1 Cirugía abierta de fístula aortoesofágica posdisección tipo B tras terapia puente: reporte de caso y revisión de estrategias quirúrgicas
Sebastián Forero Escobedo; Sandra Milena González Rodríguez; Alberto Muñoz Hoyos

2 Frozen elephant trunk en paciente joven con aneurisma sacular del cayado aórtico y coartación de aorta
María Antonia Mesa Maya; Luisa Fernanda Durango Gutiérrez; María Isabel Carvajal Vélez; Laura Valentína López Gutiérrez; Andrés Arango Vieira; Simón Muñoz González; Alejandro Escobar Uribe

3 Manejo diferido de lesión de arco aórtico
Francisco Mauricio Rincón Tello; Angela María Rivera Rincón; Aura María Rivera Herrera

4 Reconstrucción de arco aórtico con injerto híbrido en paciente con disección aórtica tipo A subaguda y arteria vertebral izquierda aberrante: reporte de un caso
Mauricio Atehortúa Trujillo; Sergio Franco Sierra; Sebastián Portillo Gómez; Susana Cardona Bernal; María Manuela Pineda Sarmiento

5 Utilización de homoinjertos de aorta para manejo de patologías infecciosas de aorta y dispositivos endovasculares
Alejandro Escobar Uribe; Rafael José Meza Jiménez; William Ramírez

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS - ADULTOS

6 Abordaje biauricular para tumor cardíaco mínimamente invasivo
José Julián Escobar Matallana; Juan Camilo Rendón Isaza; Natalia Guzmán Arango; Simón Muñoz González; Maribel Ocampo Muñoz; Elianny Cedano Agramonte

7 Síndrome coronario agudo e insuficiencia cardíaca en un paciente con situs inversus totalis, un reto diagnóstico: reporte de caso y revisión de la literatura
Andrea Navarro Villa; José-Manuel Tamayo Lotero

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS - NIÑOS

8 Uso de Stent Reabsorbible en la Corrección de la Coartación de la Aorta en un Neonato: Reporte de Caso.
Antonio José Madrid Pinilla; Ernesto León Vallejo Mondragón; Guiselle Alexandra Cristancho Olaya; Paola Andrea Angel Ruiz; Angie Paola García Guevara; José Fernando Gómez Urrego

CORONARIAS

9 Aneurisma coronario gigante en paciente testigo de Jehová, abordaje quirúrgico.
Francisco Mauricio Rincón Tello; Aura María Rivera Herrera; Esteban Gustavo Correa Ríos

10 Manejo quirúrgico de los puentes miocárdicos en pacientes con MINOCA: serie de casos
Javier Darío Garzón Rodríguez; Paula Liliana Torres Gómez; Karen Andrade Macías; David René Rodríguez Lima

11 Nacimiento anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo de forma independiente con trayecto interarterial e intramural. Enfoque Diagnóstico y Quirúrgico. Reporte de caso.
Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Veronique Lárez; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Steven Vergara Angulo; Mónica Moreno García; Tatiana Castañeda Castañeda

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

12 Mixoma en tránsito; implantación en tabique interauricular con protrusión a través de CIA: Un reporte de caso
Lorena Montes Villalobos; Santiago Bottia Córdoba; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Gustavo Andrés Prieto González

13 Tumor del glomus carotídeo. A propósito de un caso
Julio César Velasco Castro; Santiago Alejandro Gil Rodríguez; Natalia Sánchez Coronel; Luis Carlos Avellaneda Curcho; Mónica Liseth Holguín Barrera; Gary Armando Paternina Salgado; Lorena García Agudelo

ERAS / ANESTESIA CV

14 Tumor Neuroendocrino y Síndrome de Hedinger: Manejo Quirúrgico de Alta Complejidad
Jorge Córdoba Soto; Oswaldo Enrique Aguilar Molina; Sheyla Carolina Pavajeau Anaya; Ginna Rodríguez de la Vega; Fabián Manco Blanchar; Nicolás Figueredo Ramírez

FALLA CARDÍACA - HTP - MCH

15 Aneurisma pulmonar gigante en paciente con hipertensión pulmonar severa: reto quirúrgico con reconstrucción compleja y terapia ECMO como puente a recuperación.
Javier Darío Maldonado Escalante; Laura Daniela Rincón; Exarith

Valencia Morera; Sergio Felipe Gómez Olarte; Juan Andrés Sarmiento; Juan David Acosta Peláez; Germán Ricardo Molina Marroquín

16 Crisis hipertensiva pulmonar y disfunción severa del ventrículo derecho secundaria al uso de protamina posttrasplante cardíaco
Laura Salazar Gómez; María Camila Botero; Laura Valentína López; Alvaro Mauricio Quintero Ossa; Juan Camilo Rendón Isaza; Andrés F Barragán Amado

17 Miectomía septal por abordaje combinado transaórtico y transapical: Una opción segura y efectiva
Sara Cifuentes Navarrete; Nicolás Núñez Ordóñez; Andrés Felipe Jiménez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Julián Senociaín González; Tomás Chalela Hernández; Néstor Sandoval Reyes; Jaime Camacho Mackenzie; Carlos Eduardo Obando López

PERFUSIÓN

18 Intoxicación severa por organofosforados: uso de ECMO como terapia de rescate en falla orgánica múltiple
Rafael Figueroa Casanova; Juan David Saavedra Henao; Carlos José Pérez Rivera; Salma Yulieth Yasno López; Edgar Andrés Díaz; Andrés Mauricio Charry Plazas

TERAPIA TRANSCATÉTER DE LA VÁLVULA AÓRTICA - TAVI

19 Soporte profiláctico con ECMO en implante valvular aórtico transcatéter en disfunción severa del ventrículo izquierdo: serie de tres casos
Rafael Figueroa Casanova; Juan David Saavedra Henao; Carlos José Pérez Rivera; Juan Pablo Romero Daza; Andrés Mauricio Charry Plazas

UCI CARDIOVASCULAR

20 Asistencia biventricular central con oxigenador en paciente con miocarditis fulminante
Lorena Montes Villalobos; Leónardo Salazar; Camilo Pizarro; Kevin Gómez

21 ECMO venoarterial como puente en un paciente con shock séptico refractario que, además, cursa con leucemia linfoblástica aguda tipo B.
Edwar Lozano Herrera; Carlos D'anetra Novoa; Antonio Oyola Yepes; Víctor Nieto Estrada; Manuel Rojano Ruiz; Felipe González Cortés; Juany Alvarez Herrera; Nathalia Román Sinning; Sebastián Rodríguez Chaparro

22 Endocarditis infecciosa con choque cardiogénico postoperatorio y ECMO-VA: complicaciones neurológicas en adulto joven y manejo en un centro de referencia cardiovascular regional de Colombia
Carlos Laverde Rodríguez; Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Veronique Lárez; Alfonso Velandia; Alvaro Gallego Ojeda; Juan Diego Hoyos Gracia; Andrés F Torres Gutiérrez; Cristian Camilo Páez Cancelado

VÁLVULA AÓRTICA Y ASCENDENTE

23 Disección aórtica Stanford A y aneurisma de aorta ascendente en paciente con síndrome Turner y válvula aórtica bivalva
Juan Sebastián Martínez Buitrago; Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Roberto Hernando Cruz Buitrago; Antonia Perilla Orduz; Andrés Felipe Camargo Abello

24 Manejo híbrido complejo de aortopatía por arteritis de Takayasu: Thoralfex, cirugía de Bentall, cambio mitral y plastia tricúspidea.
Natalia Guzmán Arango; Juan Camilo Rendón Isaza; Maribel Ocampo Muñoz; Simón Muñoz González; Elianny Cedano Agramonte

25 Preservación valvular en el síndrome de Marfan fuera de los grandes centros: Estrategia alternativa al reemplazo valvular en cirugía cardíaca
Víctoria Eugenia Martínez González; Vanessa Duque Correa; Juan Fernando Galvis Clavijo; Jorge Andrés Hurtado Mayor; Laura Johana Hurtado Mayor; Diego Omar Torres Serrato; Adriána Patricia González Arévalo

VÁLVULA MITRAL, TRICÚSPIDE Y ARRITMIAS

26 Insuficiencia mitral aguda como consecuencia de osteosarcoma metastásico auricular izquierdo con reemplazo valvular mecánico exitoso
Juan Sebastián Martínez Buitrago; Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Roberto Hernando Cruz Buitrago; Diego Julián González Sandoval; Andrés Felipe Camargo Abello

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE TRABAJOS LIBRES / ORIGINALES

ARCO AÓRTICO DESCENDENTE Y TORACOABDOMINAL

27 Reparo quirúrgico de aneurisma de tronco pulmonar: A propósito de un caso.
Milena Espinel; Santiago Castaño; Paula Botero

28 Trompa de Elefante Congelada: Una herramienta eficaz en el manejo quirúrgico del cayado aórtico.
Antonio Sierra; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Lorena Montes Villalobos; Gustavo Andrés Prieto González

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS - ADULTOS

29 Desenlaces de la terapia ECMO postcardiotomía en pacientes pediátricos. Experiencia inicial de un centro regional de referencia cardiovascular en Colombia.
Cristian Camilo Páez Cancelado; Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Veronique Lárez; Oscar Javier León Guerra; Alfonso Velandia; Eleazar González Angarita; Darío Robles Carrillo; Andrés F Torres Gutiérrez; Alvaro Gallego Ojeda; Steven Verga

CORONARIAS

30 Cirugía de revascularización coronaria con y sin circulación extracorporea en pacientes con disfunción ventricular severa: ¿Evitamos la bomba?
Lorena Montes Villalobos; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; María Alejandra Gómez Gutiérrez; Angie Paola Ruiz Fajardo; Edgar Fabián Manrique Hernández; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Gustavo Andrés Prieto González

31 Desenlaces clínicos de los pacientes con fracción de eyección reducida llevados a cirugía de revascularización miocárdica
Isabella Roa Bastidas; Nicolás Núñez Ordóñez; Sara Cifuentes Navarrete; Lina Ramírez Jiménez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Carlos Eduardo Obando López; Tomás Chalela Hernández; Néstor Sandoval Reyes; Andrés Felipe Jiménez; Julián Senociaín González; Jaime Camacho Mackenzie

32 Discriminación y calibración del EuroSCORE II según el sexo en cirugía de revascularización miocárdica: un estudio del mundo real.
Javier Darío Maldonado Escalante; Valentína Pérez Acosta; Germán Ricardo Molina Marroquín; Juan David Acosta Peláez; Héctor Olaya; Kevin Maldonado Cañón

33 Infarto por Hipersensibilidad: A Propósito de un Caso de Síndrome de Kounis Tipo III
Sergio Felipe Gómez Olarte; Emiliano Zuleta Housni; Luis Areiza

34 Puentes miocárdicos diagnosticados por arteriografía en la Orinoquia colombiana. Estudio retrospectivo y revisión de casos en la literatura
Julio César Velasco Castro; Mario Nicolás Ayala; Fredy Alexander Ramírez Jara; Alwis Jeaniell Vega Cataño; Carlos Daniel Díaz Betancourt; Luis Carlos Avellaneda Curcho; Mónica Liseth Holguín Barrera; Cristian Ferney Carrillo Pinzón; Lorena García Agudelo

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

35 Avances en Modelos Predictivos para Trasplante Cardíaco: Precisiones y Desafíos
Javier Darío Maldonado Escalante; Kevin Maldonado; Natalia Johnson Arciniegas; Juan Andrés Sarmiento; Nicolás Forero Ramírez; Sergio Felipe Gómez Olarte; Germán Ricardo Molina Marroquín; Juan David Acosta Peláez; Héctor Olaya

36 Identificación de dificultades técnicas en la simulación del procedimiento de David en corazón porcino con aorta autóloga: experiencia en residentes de cirugía general
Sebastián Forero Escobedo; Sandra Milena González Rodríguez; Alberto Muñoz Hoyos

37 Importancia de la evaluación del riesgo individualizado en pacientes con revascularización miocárdica: experiencia de un programa de excelencia
Julieth González Cerón; Lina Marcela Ramírez Jiménez; Jaime Camacho Mackenzie; Sandra Vanessa Romero Ducuara; Ivonne Gisel Pineda Rodríguez

38 NIRS cerebral como marcador de riesgo transfusional en cirugía cardíaca y circulación extracorpórea: cohorte retrospectiva
Marietta Juan Guardela; José Bermejo; Sebastián Rodríguez Chaparro; José Santacruz Arias; Kevin Blandón; Alfredo De León; Luis Calderón; Rafael Tous; Antonio Oyola Yepes; Omar Castilla; Enrique Ramos Clason; Sandra Contreras Arrieta

ERAS / ANESTESIA CV

39 Analgesia Multimodal en Cirugía Cardíaca
Francisco Mauricio Rincón Tello

40 Bloqueo del plano erector espinal y de los nervios pectorales guiados por ultrasonido en cirugía cardíaca: cohorte piloto
Marietta Juan Guardela; José Bermejo; Kevin Blandón; José Santacruz Arias; Sebastián Rodríguez Chaparro; Alfredo De León; Luis Calderón; Rafael Tous; Antonio Oyola Yepes; Omar Castilla; Enrique Ramos Clason; Sandra Contreras Arrieta

FALLA CARDÍACA - HTP - MCH

41 Comparación de las estrategias de reducción de potasio para el manejo de la hiperkalemia en la insuficiencia cardíaca: cohorte retrospectiva
Carlos Alberto Porras Meza; María Juliana Vergara Chávez

42 Levosimendán vs. Sacubitri Valsartán: impacto en la función de la aurícula izquierda en falla cardíaca isquémica
Jorge Luis Jara Valderrama; Flor de María Gutiérrez Asmat; Elio Alvaro Castañeda Marín; Georgina Antonella González González; Jorge Luis Jara Morillo; Carmen Luisa Marín Tello; Willy Garrido Lecca Danos; María Alejandra Díaz Morgan; Carlos Dangerwell Cruz Cherre; Amira Alexandra Ama

43 Resultados de tromboendarterectomía pulmonar combinada con procedimientos cardiovasculares adicionales
Maribel Ocampo Muñoz; Juan Camilo Rendón Isaza; José Julián Escobar Matallana; Elianny Cedano Agramonte; Natalia Guzmán Arango; Simón Muñoz González

PERFUSIÓN

44 Parámetros de perfusión durante el bypass cardiopulmonar y su relación con desenlaces postoperatorios en cirugía cardíaca
Maritza Cañas Durán

VÁLVULA AÓRTICA Y ASCENDENTE

45 ¿Vale la pena la reparación valvular aórtica aislada en nuestro medio?: Resultados a mediano plazo
Santiago Bottia Córdoba; Gustavo Andrés Prieto González; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos

46 Caracterización de pacientes con sospecha de síndrome aórtico agudo en un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia
Francisco Mauricio Rincón Tello; Carlos José Pérez Rivera; Juan David Saavedra Henao; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; Daniela Rojas Herrera; Juan Felipe Victoria Fernández; Leandro Guarín Muñoz; Camila de Vivero; Darío Andrade; Samuel David Martínez Cruz

47 Carga de enfermedad por aneurisma de aorta torácica en Colombia (2013–2023): análisis nacional basado en AVAD
Francisco Mauricio Rincón Tello; Diego Penagos López; Carlos José Pérez Rivera; Leandro Guarín Muñoz; Juan Felipe Victoria Fernández; Daniela Rojas Herrera; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; Juan David Saavedra Henao; Samuel David Martínez Cruz

48 Cirugía de Ross: Resultado a 2 años de un programa basado en el uso de raíz porcina como alternativa a los homoinjertos
Gustavo Andrés Prieto González; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Alexandra Hurtado Ortiz; Lorena Montes Villalobos

49 Decisiones que salvan vidas: TAVI, cirugía o manejo médico guiadas por VGI e integración interdisciplinaria
Laura Esteban Badillo; Angie Lucía Méndez Zaraza; Fiorella Gualteros Acosta; Daniel A. Villamizar Olaya; Jerson H. Quitián Moreno

50 Desenlaces clínicos asociados a la reoperación por endocarditis de válvula protésica: 20 años de experiencia en un centro de referencia
Nicolás Núñez Ordóñez; Sara Cifuentes Navarrete; Ivonne Gisel Pineda Rodríguez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Andrés Felipe Jiménez; Julián Senociaín González; Carlos Eduardo Obando López; Tomás Chalela Hernández; Néstor Sandoval Reyes; Jaime Camacho Mackenzie

51 Experiencia temprana en ampliación del anillo aórtico con técnica de incisión en Y
Nicolás Núñez Ordóñez; Isabella Roa Bastidas; Tomás Chalela Hernández; Lina Ramírez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Andrés Felipe Jiménez; Julián Senociaín González; Carlos Eduardo Obando López; Néstor Sandoval Reyes; Jaime Camacho Mackenzie

52 Técnica de ampliación de la raíz aórtica de Yang: serie de casos
Alejandro Escobar Uribe; Rafael José Meza Jiménez; Simón Muñoz González; Johan Sebastián Herrera Vargas; Natalia Guzmán Arango

53 Valores de referencia y puntos de corte para dilatación aneurismática de la aorta torácica en adultos: resultados iniciales de una revisión sistemática y metaanálisis
Carlos José Pérez Rivera; Leandro Guarín Muñoz; Diego Penagos López; Juan Felipe Victoria Fernández; Daniela Rojas Herrera; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; César Augusto Camargo González; Francisco Mauricio Rincón Tello; Samuel David Martínez Cruz

VÁLVULA MITRAL, TRICÚSPIDE Y ARRITMIAS

54 Cierre quirúrgico de auriculilla izquierda: implementación de nueva técnica y sus resultados
Alejandro Escobar Uribe; Rafael José Meza Jiménez; Simón Muñoz González; Johan Sebastián Herrera Vargas; Luis Adrián Bolívar Mejía

55 Desempeño clínico de la válvula Inspiris Resilia en posición pulmonar: revisión sistemática de la evidencia disponible
Carlos José Pérez Rivera; Leandro Guarín Muñoz; Diego Penagos López; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; Oscar Sánchez; Federico Núñez; William Ríos; Juan Parra

56 Factores asociados a las complicaciones postoperatorias del reemplazo y plastia de la válvula mitral en adultos, estudio unicéntrico del 2013-2024
Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Antonia Perilla Orduz; Sergio Andrés Prado Baquero; Natalia Velásquez Solarte; Daniel Alejandro Sabogal Ardila; Laura Daniela García Pérez

57 Prevalencia de fibrilación auricular en postoperatorio de cirugía cardíaca en un hospital de alta complejidad en Bogotá desde el año 2017 al 2022

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Alvaro Eduardo Sánchez Hernández; Antonia Perilla Orduz; Juan Rafael Correa Ortiz

58 Reconstrucción mitro-aórtica o cirugía de "Commando": Una solución radical a problemas extremos.

Gustavo Andrés Prieto González; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Dafna García; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE VIDEOS DE PROCEDIMIENTOS

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS - NIÑOS

59 Reemplazo total de aneurisma de aorta torácica en un niño. Una estrategia simple
Pablo Sandoval Trujillo; Tomás Chalela Hernández; Carlos Andrés Villa Hincapié; Carlos Eduardo Obando López; Jaime Camacho Mackenzie; Néstor Sandoval Reyes

60 Urgent surgical repair in a child with Tetralogy of Fallot, Aortic Coarctation, and Right Aortic Arch associated with sternal cleft
Sara Cifuentes Navarrete; Nicolás Núñez Ordóñez; Andrés Felipe Jiménez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Julián Senociaín González; Tomás Chalela Hernández; Carlos Eduardo Obando López; Jaime Camacho Mackenzie; Néstor Sandoval Reyes

CORONARIAS

61 Disección coronaria espontánea extensa de la arteria descendente anterior en paciente joven: reporte de caso y revisión.
Carmen Milena Espinel Rueda; Carlos Alberto Arias Páez; Pablo Antonio Guerra León; Andrea Bustamante Bedoya; Paula Juliana Botero Granados

62 Uso de energía bipolar avanzada para toma de injerto radial en revascularización cardíaca: Técnica quirúrgica y consideraciones anatómicas
Camila Saravia Zuluaga; Francisco Mauricio Rincón Tello; Aura María Rivera Herrera; Esteban Correa Ríos

TERAPIA TRANSCATÉTER DE LA VÁLVULA AÓRTICA - TAVI

63 SAVR after TAVR - Explante quirúrgico de prótesis aórtica percutánea (TAVI) por complicación mecánica y endocarditis
Francisco Mauricio Rincón Tello; Angela María Rivera Rincón

VÁLVULA AÓRTICA Y ASCENDENTE

64 Abordaje híbrido de aneurisma aórtico ascendente en paciente con síndrome de Turner; un reporte de caso
Gustavo Andrés Prieto González; Santiago Bottia Córdoba; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos

VÁLVULA MITRAL, TRICÚSPIDE Y ARRITMIAS

65 MAZE IV en cardiopatía dilatada con auriculomegalia severa. Un reto quirúrgico
Andrés Motta Amar; Kevin Maldonado Cañón; Isabel Montero; Valentína Pérez; Juan David Acosta Peláez; Germán Ricardo Molina Marroquín; Javier Darío Maldonado Escalante

66 Reconstrucción de la fibrosa mitro-aórtica como tratamiento quirúrgico para la disrupción crónica del surco aurícula-ventricular, una solución radical a un problema extremo.
Gustavo Andrés Prieto González; Sebastián Rebolledo; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Lorena Montes Villalobos

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE AUTORES – PRESENTACIONES DE CASOS CLÍNICOS

(*) – Indica que es primer autor

Acosta Peláez Juan David	15
Aguilar Molina Oswaldo Enrique	14
Alvarez herrera Juany	21
Angel Ruiz Paola Andrea	8
Arango Vieira Andrés	2
Atehortúa Trujillo Mauricio	4*
Avellaneda Curcho Luis Carlos	13
Badillo Ayala Expedito	11; 22
Barragán Amado Andrés F	16
Botero María Camila	16
Bottia Córdoba Santiago	12
Camacho Mackenzie Jaime	17
Camargo Abello Andrés Felipe	23; 26
Cardona Bernal Susana	4
Carvajal Vélez María Isabel	2
Castañeda Castañeda Tatiana	11
Cedano Agramonte Elianny	6; 24
Chalela Hernández Tomás	17
Charry Plazas Andrés Mauricio	18; 19
Cifuentes Navarrete Sara	17*
Córdoba Soto Jorge	14*
Correa Ríos Esteban Gustavo	9
Cristancho Olaya Guiselle Alexandra	8
Cruz Buitrago Roberto Hernando	23; 26
D'anetra Novoa Carlos	21
Díaz Edgar Andrés	18
Duque Correa Vanessa	25
Durango Gutiérrez Luisa Fernanda	2
Escobar Matallana José Julián	6*
Escobar Uribe Alejandro	2; 5*
Figueredo Ramírez Nicolás	14
Figueroa Casanova Rafael	18*; 19*
Forero Escobedo Sebastián	1*
Franco Sierra Sergio	4
Gallego Ojeda Alvaro	11; 22
Galvis Clavijo Juan Fernando	25
García Agudelo Lorena	13
García Guevara Angie Paola	8
Garzón Rodríguez Javier Darío	10*
Gil Rodríguez Santiago Alejandro	13
Gómez Kevin	20
Gómez Olarte Sergio Felipe	15
Gómez Urrego José Fernando	8
González Arévalo Adriána Patricia	25
González Cortés Felipe	21
González Rodríguez Sandra Milena	1
González Sandoval Diego Julián	26
Guzmán Arango Natalia	6; 24*
Holguín Barrera Mónica Liseth	13
Hoyos Gracia Juan Diego	22
Hurtado Mayor Jorge Andrés	25
Hurtado Mayor Laura Johana	25
Jiménez Andrés Felipe	17
Lárez Veronique	11; 22
Laverde Rodríguez Carlos	22*
López Laura Valentína	16
López Gutiérrez Laura Valentína	2
Lozano herrera Edwar	21*
Macías Karen Andrade	10
Madrid Pinilla Antonio José	8*
Maldonado Escalante Javier Darío	15*
Manco Blanchar Fabián	14
Mantilla Zambrano Juan Miguel	11*; 22
Martínez Buitrago Juan Sebastián	23*; 26*
Martínez González Víctoria Eugenia	25*
Mesa Maya María Antonia	2*
Meza Jiménez Rafael José	5
Molina Marroquín Germán Ricardo	15
Montes Villalobos Lorena	12*; 20*
Moreno García Mónica	11
Muñoz González Simón	2; 6; 24
Muñoz Hoyos Alberto	1
Navarro Villa Andrea	7*
Nieto Estrada Víctor	21
Núñez Ordóñez Nicolás	17
Obando López Carlos Eduardo	17
Ocampo Muñoz Maribel	6; 24
Olaya Forero José Leónidas	11; 22
Oyola Yepes Antonio	21
Páez Cancelado Cristian Camilo	11; 22
Paternina Salgado Gary Armando	13
Pavajeau Anaya Sheyla Carolina	14

Pérez Rivera Carlos José	18; 19
Perilla Orduz Antonia	23
Pineda Sarmiento María Manuela	4
Piraquive Cuadrado Zaida	12
Pizarro Camilo	20
Portillo Gómez Sebastián	4
Prieto González Gustavo Andrés	12
Quintero Ossa Alvaro Mauricio	16
Ramírez William	5
Rendón Isaza Juan Camilo	6; 16; 24
Rincón Laura Daniela	15
Rincón Tello Francisco Mauricio	3*; 9*
Ríos Dueñas Edgar Giovanny	23; 26
Rivera Herrera Aura María	3; 9
Rivera Rincón Angela María	3
Rodríguez Chaparro Sebastián	21
Rodríguez de la Vega Ginna	14
Rodríguez Lima David René	10
Rojano Ruiz Manuel	21
Román Sinning Nathalia	21
Romero Daza Juan Pablo	19
Saavedra Henao Juan David	18; 19
Salazar Leónardo	20
Salazar Gómez Laura	16*
Sánchez Coronel Natalia	13
Sandoval Reyes Néstor	17
Sarmiento Juan Andrés	15
Senociaín González Julián	17
Tamayo Lotero José-Manuel	7
Torres Gómez Paula Liliana	10
Torres Gutiérrez Andrés F	22
Torres Serrato Diego Omar	25
Valencia Morera Exarith	15
Vallejo Mondragón Ernesto León	8
Vanegas Antolínez Johiner Jahir	12
Velandia Alfonso	22
Velasco Castro Julio César	13*
Vergara Angulo Steven	11
Villa Hincapié Carlos Andrés	17
Yasno López Salma Yulieth	18

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE AUTORES – TRABAJOS LIBRES / ORIGINALES

(*) – Indica que es primer autor

Acosta Peláez Juan David	32; 35
Amayo Rodas Amira Alexandra	42
Andrade Darío	46
Areiza Luis	33
Avellaneda Curcho Luis Carlos	34
Ayala Mario Nicolás	34
Badillo Ayala Expedito	29
Bermejo José	38; 40
Blandón Kevin	38; 40
Bolívar Mejía Luis Adrián	54
Botero Paula	27
Bottia Córdoba Santiago	45*
Calderón Luis	38; 40
Camacho Mackenzie Jaime	31; 37; 50; 51
Camargo González César Augusto	53
Cañas Durán Maritza	44*
Carrillo Pinzón Cristian Ferney	34
Castañeda Marín Elio Alvaro	42
Castaño Santiago	27
Castilla Omar	38; 40
Cedano Agramonte Elianny	43
Chalela Hernández Tomás	31; 50; 51
Cifuentes Navarrete Sara	31; 50
Contreras Arrieta Sandra	38; 40
Correa Ortiz Juan Rafael	57
Cruz Cherre Carlos Dangerwell	42
De León Alfredo	38; 40
de Vivero Camila	46
Díaz Betancourt Carlos Daniel	34
Díaz Morgan María Alejandra	42
Escobar Matallana José Julián	43
Escobar Uribe Alejandro	52*; 54*
Espinel Milena	27*
Esteban Badillo Laura	49*
Forero Escobedo Sebastián	36*
Forero Ramírez Nicolás	35
Gallego Ojeda Alvaro	29
García Dafna	58
García Agudelo Lorena	34
García Pérez Laura Daniela	56
Garrido Lecca Danos Willy	42
Gómez Gutiérrez María Alejandra	30
Gómez Olarte Sergio Felipe	33*; 35
González Angarita Eleazar	29
González Cerón Julieth	37*
González González Georgina Antonella	42
González Rodríguez Sandra Milena	36
Gualteros Acosta Fiorella	49
Guarín Muñoz Leandro	46; 47; 53; 55
Gutiérrez Asmat Flor de María	42
Guzmán Arango Natalia	43; 52
Herrera Vargas Johan Sebastián	52; 54
Holguín Barrera Mónica Liseth	34
Hurtado Ortiz Alexandra	30; 48; 58
Jara Morillo Jorge Luis	42
Jara Valderrama Jorge Luis	42*
Jiménez Andrés Felipe	31; 50; 51
Johnson Arciniegas Natalia	35
Juan Guardela Marietta	38*; 40*
Lárez Veronique	29
León Guerra Oscar Javier	29
Licht Ardila Maricel	30; 58
Llaja Reaño Juan Víctor	42
Madonado Kevin	35
Maldonado Cañón Kevin	32
Maldonado Escalante Javier Darío	32*; 35*
Manrique Hernández Edgar Fabián	30
Mantilla Zambrano Juan Miguel	29
Marín Tello Carmen Luisa	42
Martínez Cruz Samuel David	46; 47; 53
Méndez Zaraza Angie Lucía	49
Meza Jiménez Rafael José	52; 54
Molina Marroquín Germán Ricardo	32; 35
Montes Villalobos Lorena	28; 30*; 45; 48; 58
Muñoz González Simón	43; 52; 54
Muñoz Hoyos Alberto	36
Núñez Federico	55
Núñez Ordóñez Nicolás	31; 50*; 51*
Obando López Carlos Eduardo	31; 50; 51
Ocampo Muñoz Maribel	43*
Olaya Héctor	32; 35
Olaya Forero José Leónidas	29

Oyola Yepes Antonio	38; 40
Páez Cancelado Cristian Camilo	29*
Parra Juan	55
Penagos López Diego	47; 53; 55
Pérez Acosta Valentína	32
Pérez Rivera Carlos José	46; 47; 53*; 55*
Perilla Orduz Antonia	56; 57
Pineda Rodríguez Ivonne Gisel	37; 50
Piraquive Cuadrado Zaida	45; 48; 58
Porras Meza Carlos Alberto	41*
Portilla Rodríguez Guillermo Andrés	46; 47; 53; 55
Prado Baquero Sergio Andrés	56
Prieto González Gustavo Andrés	28; 30; 45; 48*; 58*
Quitián Moreno Jerson H.	49
Ramírez Lina	51
Ramírez Jara Fredy Alexander	34
Ramírez Jiménez Lina	31
Ramírez Jiménez Lina Marcela	37
Ramos Clason Enrique	38; 40
Rendón Isaza Juan Camilo	43
Rincón Tello Francisco Mauricio	39*; 46*; 47*; 53
Ríos William	55
Ríos Dueñas Edgar Giovanny	56*; 57*
Roa Bastidas Isabella	31*; 51
Robles Carrillo Darío	29
Rodríguez Chaparro Sebastián	38; 40
Rojas Herrera Daniela	46; 47; 53
Romero Ducuara Sandra Vanessa	37
Ruiz Fajardo Angie Paola	30
Saavedra Henao Juan David	46; 47
Sabogal Ardila Daniel Alejandro	56
Sánchez Oscar	55
Sánchez Hernández Alvaro Eduardo	57
Sandoval Reyes Néstor	31; 50; 51
Santacruz Arias José	38; 40
Sarmiento Juan Andrés	35
Senociaín González Julián	31; 50; 51
Sernaque Montenegro Leslie Nataly	42
Sierra Antonio	28*
Torres Gutiérrez Andrés F	29
Tous Rafael	38; 40
Vanegas Antolínez Johiner Jahir	28; 30; 45; 48; 58
Vega Cataño Alwis Jeaniell	34
Velandia Alfonso	29
Velasco Castro Julio César	34*
Velásquez Solarte Natalia	56
Vergara Angulo Steven	29
Vergara Chávez María Juliana	41
Victoria Fernández Juan Felipe	46; 47; 53
Villa Hincapié Carlos Andrés	31; 50; 51
Villamizar Olaya Daniel A.	49
Zuleta Housni Emiliano	33

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE AUTORES – VIDEOS DE PROCEDIMIENTOS

(*) – Indica que es primer autor

Acosta Peláez Juan David	65
Arias Páez Carlos Alberto	61
Botero Granados Paula Juliana	61
Bottia Córdoba Santiago	64
Bustamante Bedoya Andrea	61
Camacho Mackenzie Jaime	59; 60
Chalela Hernández Tomás	59; 60
Cifuentes Navarrete Sara	60*
Correa Ríos Esteban	62
Espinel Rueda Carmen Milena	61*
Guerra León Pablo Antonio	61
Jiménez Andrés Felipe	60
Maldonado Cañón Kevin	65
Maldonado Escalante Javier Darío	65
Molina Marroquín Germán Ricardo	65
Montero Isabel	65
Montes Villalobos Lorena	64; 66
Motta Amar Andrés	65*
Núñez Ordóñez Nicolás	60
Obando López Carlos Eduardo	59; 60
Pérez Valentína	65
Piraquive Cuadrado Zaida	64
Prieto González Gustavo Andrés	64*; 66*
Rebolledo Sebastián	66
Rincón Tello Francisco Mauricio	62; 63*
Rivera Herrera Aura María	62
Rivera Rincón Angela María	63
Sandoval Reyes Néstor	59; 60
Sandoval Trujillo Pablo	59*
Saravia Zuluaga Camila	62*
Senociaín González Julián	60
Vanegas Antolínez Johiner Jahir	64; 66
Villa Hincapié Carlos Andrés	59; 60

RESÚMENES DE PRESENTACIONES DE CASOS CLÍNICOS

ARCO AÓRTICO DESCENDENTE Y TORACOABDOMINAL

1 **Cirugía abierta de fístula aortoesofágica posdisección tipo B tras terapia puente: reporte de caso y revisión de estrategias quirúrgicas**

Sebastián Forero Escobedo; *Sandra Milena González Rodríguez*; *Alberto Muñoz Hoyos*

Introducción:
La fístula aortoesofágica es una complicación poco frecuente y, por lo general, mortal sin intervención quirúrgica. Dados las altas tasas de mortalidad de la cirugía abierta como intervención primaria, a pesar del perfeccionamiento de las técnicas, las estrategias endovasculares permiten un control rápido del sangrado y aumentan la probabilidad de supervivencia postoperatoria.

Materiales y Métodos:
Paciente masculino de 50 años con antecedente de hipertensión arterial controlada, quien 6 años antes había sido intervenido por disección aórtica tipo B complicada, mediante reparación endovascular de aorta torácica (TEVAR) y bypass carótido subclavio izquierdo. Consulta por dolor torácico súbito, hematemesis y síncope. Al ingreso se encontraba en shock hipovolémico. La angiotomografía contrastada reveló hallazgos sugestivos de fístula aortoesofágica.
Se decidió manejo como terapia puente para estabilización hemodinámica, mediante re-TEVAR, con evolución inicial favorable e inicio de antibioticoterapia de amplio espectro. Sin embargo, en el curso hospitalario desarrolló infección de la endoprótesis, con sepsis secundaria a Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y Escherichia coli productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

Resultados:
Ante la falta de respuesta terapéutica, se realizó toracotomía con exéresis de la endoprótesis, canulacion auricular izquierda con reentrada femoral, resección de un segmento aórtico de aproximadamente 9 cm y reconstrucción con un injerto tubular confeccionado con pericardio bovino y anastomosis proximal y distal término-terminal. Se practicó esofagectomía + esofagostomía, la evolución postoperatoria fue favorable, sin recurrencia clínica o radiológica a seis meses de seguimiento con posterior reconstruccion esofagica con interposición colónica.

Conclusiones:
La TEVAR cumple una función como terapia puente, mas no definitiva, en el contexto de fístula aortoesofagica, ya que permite: el control del sangrado, la estabilización hemodinámica y la reducción de la morbimortalidad que tiene el clampeo aórtico como primer abordaje. A pesar de la terapia antimicrobiana de amplio espectro, el riesgo de infección es elevado, por lo que las reparaciones con injertos heterólogos cumplen un papel importante.

2 **Frozen elephant trunk en paciente joven con aneurisma sacular del cayado aórtico y coartación de aorta**

María Antonia Mesa Maya; *Luisa Fernanda Durango Gutiérrez*; *María Isabel Carvajal Vélez*; *Laura Valentina López Gutiérrez*; *Andrés Arango Vieira*; *Simón Muñoz González*; *Alejandro Escobar Uribe*

Introducción:
Los aneurismas del cayado aórtico en pacientes jóvenes son entidades infrecuentes, pero de alto riesgo debido a su potencial de rotura y compromiso hemodinámico. Su abordaje representa un reto técnico por la complejidad anatómica y la necesidad de preservar la perfusión cerebral. El uso de la técnica frozen elephant trunk (FET, en inglés) combina la cirugía abierta con la reparación endovascular, permitiendo el reemplazo simultáneo de la aorta ascendente, el arco y parte de la aorta descendente en un enfoque escalonado o híbrido. Presentamos el caso de un paciente joven con aneurisma sacular de aorta ascendente y arco aórtico tratado exitosamente mediante esta estrategia.

Materiales y Métodos:
Hombre de 23 años, con antecedente de evento cerebrovascular a los 19 años y hemiparesia izquierda como principal secuela. A los 22 años con diagnóstico de hipertensión resistente al manejo médico, por lo que se inician estudios imagenológicos. La angiotomografía (angioTC) reveló un aneurisma multilobulado del arco aórtico distal de 60 x 43 mm en su mayor área y disminución del calibre en la aorta descendente proximal, además, vena cava superior izquierda como variante anatómica. Ecocardiografía demostró remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo y aumento de la velocidad del flujo y el gradiente de presiones en la aorta descendente proximal (236cm/s y 22mmHg, respectivamente).

Resultados:
Se realiza planeación prequirúrgica con imágenes tomográficas y de angiorresonancia para colocación de prótesis aórtica híbrida Thoraflex. Se procede con cirugía mediante esternotomía mediana extendida al cuello y baipás cardiopulmonar con canulación arterial en tronco arterial braquiocefálico y canulación venosa única en aurícula derecha. Se llevó a hipotermia moderada de 28°C mediante circulación extracorpórea mientras se realizaba reconstrucción extraanatómica de arteria subclavia izquierda usando una de las ramas de la prótesis Thoraflex. Luego se hizo pinzamiento aórtico y se dio cardioplejia anterógrada Del Nido para resección de arco aórtico, con arresto circulatorio total y perfusión cerebral selectiva a través de cánula en tronco arterial braquiocefálico. Para realizar despliegue anterógrado de segmento endovascular autoexpandible de prótesis Thoraflex hasta la aorta torácica descendente, se requirió el paso de guía teflonada de 0,035 cm vía arteria femoral derecha para identificar la luz verdadera de la aorta debido a la distorsión ocasionada por los aneurismas y disección evidenciada cercana al origen de la arteria subvlacia izquierda. Se usó además sonda Foley con balón para la dilatación del segmento estenótico de la aorta descendente posterior a la colocación de la prótesis. Se realiza anastomosis proximal a la aorta ascendente y se restablece la circulación sistémica. Se procede a realizar anastomosis faltantes a tronco braquiocefálico y arteria carótida izquierda. Luego de esto se procede con deaireación, despinzamiento de la aorta para perfusión miocárdica y recalentamiento. Se deja mediastino empaquetado y con sistema de presión negativa por coagulopatía y es cerrado 24 horas después de cirugía índice. Evoluciona de forma satisfactoria para ser dado de alta al día 13 luego del procedimiento.

Conclusiones:
La estrategia híbrida mediante técnica FET permitió un tratamiento seguro y efectivo del aneurisma sacular del arco aórtico en un paciente joven. Este caso expone los beneficios a corto plazo en el tratamiento de patologías complejas de la aorta torácica con esta técnica y plantea la necesidad de unir registros prospectivos que permitan plantear nuevas hipótesis y dar respuesta a preguntas de investigación que deriven en mejores alternativas para los pacientes.

3 **Manejo diferido de lesión de arco aórtico**

Francisco Mauricio Rincón Tello; *Angela María Rivera Rincón*; *Aura María Rivera Herrera*

Introducción:
El trauma penetrante de cuello constituye entre el 5% y el 10% de las lesiones por arma cortopunzante o de fuego, con una mortalidad de hasta el 10%, siendo la lesión vascular la principal causa, sobre todo en lesiones de la zona I (base del cuello), donde la proximidad de grandes vasos y esófago aumenta el riesgo vital. El compromiso de grandes vasos en esta región no es común en el ámbito quirúrgico, ya que la mayoría de pacientes fallece antes de recibir atención hospitalaria, lo que representa un reto importante para el equipo tratante.

Materiales y Métodos:
Se presenta un hombre en la quinta década de la vida con trauma por arma cortopunzante en zona I de cuello. Inicialmente fue atendido extrainstitucionalmente, donde se documentó estabilidad hemodinámica y ausencia de signos duros de lesión vascular. Se realizó tomografía de tórax sin hallazgos patológicos, se suturó la herida y se dio alta domiciliaria.
El paciente reconsultó 72 horas después por disnea, palpitaciones y hematoma expansivo en el tórax anterior, siendo remitido a nuestra institución. Al ingreso, se encontraba hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico ni motor, con equimosis en tórax anterior, hematoma localizado y disnea leve.
La angiotomografía institucional evidenció extravasación de medio de contraste en el origen del tronco braquiocefálico y aumento del hematoma cervical y torácico respecto a las imágenes previas. Se discutió la posibilidad de manejo endovascular versus abordaje abierto; sin embargo, por la anatomía de la lesión, se optó por cirugía abierta

Resultados:
Se realizó mini/hemiesternotomía. Se identificaron las estructuras vasculares y se controlaron con vessel loops. Se implementaron estrategias de autotransfusión y preservación sanguínea mediante salvador celular.
El hallazgo principal fue una solución de continuidad de 2 cm en la pared anterior del tronco braquiocefálico, con disección aórtica contenida en su origen y sin compromiso distal en arco aórtico o tronco braquiocefálico. Se reconstruyó la lesión con parche de pericardio autólogo, sin necesidad de circulación extracorpórea ni hipotermia. La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta a las 48 horas.

Conclusiones:
El trauma del tronco braquiocefálico, aunque infrecuente, es potencialmente fatal y su manejo suele ser urgente. Si bien la mayoría se asocia a trauma cerrado, también puede ocurrir por heridas penetrantes o causas iatrogénicas. La evaluación inicial en trauma penetrante de cuello debe incluir examen físico dirigido y estudios de imagen; sin embargo, las lesiones en zona I pueden ser clínicamente silentes, por lo que la tomografía contrastada es fundamental.
El tratamiento puede ser abierto, endovascular o híbrido. La cirugía abierta incluye técnicas como rafia primaria, reparación con parche, injertos o reconstrucción de arco aórtico. El manejo endovascular con stents recubiertos es útil en casos seleccionados, y el híbrido combina ambas modalidades. El tratamiento diferido de lesiones de grandes vasos puede ser exitoso en pacientes estables, siempre que la decisión se base en anatomía, estabilidad clínica, experiencia del equipo y disponibilidad de recursos.
En este caso, la ausencia de signos duros y estabilidad hemodinámica, permitió planificar la cirugía y optimizar el abordaje. La elección de cirugía abierta respondió a limitaciones anatómicas para la colocación de stent y a la necesidad de control vascular completo. El soporte tecnológico y la preparación del equipo fueron determinantes para el resultado exitoso.
Conclusión: Las lesiones de arco aórtico requieren manejo individualizado, evaluación multidisciplinaria y recursos especializados para reducir la morbimortalidad y optimizar el pronóstico.

4 Reconstrucción de arco aórtico con injerto híbrido en paciente con disección aórtica tipo A subaguda y arteria vertebral izquierda aberrante: reporte de un caso

Mauricio Atehortúa Trujillo; *Sergio Franco Sierra; Sebastián Portillo Gómez; Susana Cardona Bernal; María Manuela Pineda Sarmiento*

Introducción:
Los síndromes aórticos agudos, y particularmente la disección aórtica, son una entidad poco frecuente, pero con una morbimortalidad muy elevada a lo largo de la historia. A pesar de que los avances en nuevas técnicas quirúrgicas, estrategias de protección cerebral, diseños de injertos y abordajes quirúrgicos, han mejorado la supervivencia y pronóstico; esta patología continúa constituyendo uno de los mayores retos para el cirujano cardiovascular tanto por la complejidad de las estructuras comprometidas, como por la asociación con anomalías anatómicas que obligan a un reimplante de las estructuras afectadas en la reconstrucción.
Se describe el caso de un paciente con disección aórtica Tipo A y arteria vertebral izquierda aberrante.

Materiales y Métodos:
Paciente masculino de 55 años sin antecedentes de importancia quien consultó por episodio de dolor torácico intenso, de inicio súbito, irradiado al cuello, dorso y miembros inferiores ocurrido un mes antes de su valoración. El dolor cedió posteriormente, pero persistió con deterioro de la case funcional.
El ecocardiograma (ECOTT) evidenció flap de disección en Aorta ascendente e insuficiencia aórtica leve con función biventricular conservada.
Al examen físico, soplo diastólico en foco aórtico como único hallazgo relevante, sin signos de isquemia regional ni sistémica.
La angiotomografía mostró disección aórtica tipo A, subaguda, con compromiso de los troncos supraaórticos, extensión hasta arterias femorales bilaterales, así como arteria vertebral izquierda aberrante con origen en el Arco aórtico.
Fue sometido a cirugía de Bentall con prótesis mecánica, reconstrucción de arco aórtico con prótesis híbrida y transposición de A. Vertebral izquierda mediante injerto de vena Safena sin complicaciones.

Resultados:
La evolución postoperatoria fue satisfactoria con extubación el 6 día POP, estancia en UCI de 8 días y alta hospitalaria a los 20 días.
Durante el seguimiento a los 8, 30 y 90 días, el paciente presentó adecuada evolución, sin recurrencia de dolor torácico ni disnea.
El ECOTT de control a los 3 meses, mostró prótesis normofuncionante, y el paciente retorno a sus actividades habituales al completar el periodo de recuperación.

Conclusiones:
El origen anómalo de los vasos vertebrales es una variante anatómica que se presenta con relativa frecuencia; al encontrarse en contexto de una disección aórtica con compromiso del arco Aórtico, supone un reto técnico para el cirujano. El reimplante de la misma mediante injerto Safeno es una alternativa efectiva, segura y relativamente sencilla en estos casos.

5 Utilización de homoinjertos de aorta para manejo de patologías infecciosas de aorta y dispositivos endovasculares

Alejandro Escobar Uribe; *Rafael José Meza Jiménez; William Ramírez*

Introducción:
Los aneurismas infecciosos o micóticos, representan aproximadamente el 2 % de los aneurismas de aorta y son altamente letales si no se tratan adecuadamente.
La reconstrucción in situ con homoinjerto criopreservado ha demostrado eficacia notable, con bajas tasas de reinfección y degeneración del injerto
La presencia de material sintético en un campo infectado, los homoinjertos presentan ventajas de resistencia biológica y disminución del riesgo de biofilm. Sin embargo, su disponibilidad limitada y posibles complicaciones tardías requieren consideración cuidadosa

Materiales y Métodos:
Caso 1. Paciente 60 años, masculino. Diagnosticado con aneurisma sacular infeccioso de aorta torácica descendente, confirmado por PET-TC positiva y cultivo de tejido con Staphylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA).
Caso 2. Paciente de 29 años, masculino. Antecedente de corrección de coartación de aorta con stent hace 10 anos. Actualmente con sepsis con bacteremia por Staphylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA) que requiere cirugia para extracción de dispositivo y reconstrucción de la aorta.
Ambos pacientes fueron llevados toracotomía posterolateral izquierda para resección del segmento afectado y reconstrucción in situ con homoinjerto aórtico criopreservado. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones mayores y al año de seguimiento no se observó recurrencia de infección ni deterioro del injerto

Resultados:
La literatura respalda el uso del homoinjerto criopreservado como una alternativa sólida frente a tratamientos sintéticos o endovasculares (TEVAR), especialmente en campo infectado. Reportes multicéntricos muestran tasas bajas de mortalidad temprana (8 – 17 %) y complicaciones moderadas, con supervivencia y función del injerto favorable en seguimiento mediano plazo. Estudios a largo plazo revelan que aunque pueden ocurrir pseudoaneurismas o deterioro estructural, la mayoría de los pacientes permanecen libres de eventos adversos significativos.

Conclusiones:
La reconstrucción in situ con homoinjerto aórtico criopreservado en aneurismas infecciosos torácicos representa una estrategia segura y durable cuando se dispone del material adecuado y un equipo quirúrgico experimentado. Recomendamos considerar esta técnica como primera opción en pacientes con infección local y disponer de biobanco homogénico en centros de referencia.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ADULTOS

6 Abordaje biauricular para tumor cardíaco mínimamente invasivo

José Julián Escobar Matallana; *Juan Camilo Rendón Isaza; Natalia Guzmán Arango; Simón Muñoz González; Maribel Ocampo Muñoz; Elianny Cedano Agramonte*

Introducción:
Los mixomas son los tumores cardíacos primarios más comunes con predilección por la cara septal de la aurícula izquierda como localización principal. Generalmente son pediculados, polipoides con áreas de hemorragia y de apariencia mixoide susceptible de embolismo. El diagnóstico imagenológico puede ser retador, por lo que se han creado escalas de malignidad (DEM (diagnostic echocardiografic mass >=5 y la cardiorresonancia mass score >=5). La resección quirúrgica completa con intención curativa es la primera línea de manejo, aunque su localización y extensión pueden hacer subóptima un abordaje auricular izquierdo por lo que se requieren de medidas más agresivas como el abordaje biauricular con sección parcial del septum interauricular permitiendo una resección completa, evitando dejar enfermedad residual y logrando bajas tasas de morbimortalidad postoperatoria.

Materiales y Métodos:
Caso 1: Femenina de 51 años previamente sana, quien consultó por dolor torácico de larga data y episodio sincopal. Holter normal. Ecocardiograma transtorácico con masa ecogénica en aurícula izquierda sobre septum interauricular y pared inferior auricular, heterogénea, no pediculada, no vascularizada, bordes regulares de 2x2.5cm (imagen 1 y 2), sin derrame pericárdico. DEM score 2. Tomografía contrastada de tórax (imagen 3) con masa originada en la fosa ovalis, con base de implantación ancha sin compromiso ni obstrucción de estructuras adyacentes. No adenopatías ni compromiso a distancia. Es llevada a cirugía por minitoracotomía lateral derecha, canulación femoral arterial y venosa y percutánea yugular, cardioplejia anterógrada del nido por raíz aórtica. Atriotomía derecha transversa e izquierda por surco de Sondergaard. Se evidencia tumor cardíaco de 3.5 cm, adherido al septum con base ancha. Extensión transeptal perpendicular de la atriotomía derecha hasta llegar a la aurícula izquierda (imagen 4), resección del tumor y parte del septum (imagen 5). Reconstrucción del septum con parche de pericardio bovino y cierre por planos de todas las incisiones y de atriotomías (imagen 6 y 7). Ecocardiograma transesofágico control intraoperatorio con resección y cierre exitoso. Salida del quirófano extubada y sin soporte vasopresor, con buena evolución postoperatoria y egreso a los 3 días postoperatorio. Sin complicaciones a la semana en revisión control.

Resultados:
Femenina de 68 años, hipertensa y prediabética, consultó por dolor torácico, palpitaciones y episodio de amaurosis fugax. Tomografía de cráneo normal. Se descartó síndrome coronario agudo. Ecocardiograma transtorácico con imagen hiperecoica de bordes definidos en aurícula izquierda adherida al septum interauricular en la fosa ovalis a través de pedículo amplio, de 2x1.6cm, sin derrame pericárdico ni compromiso de estructuras adyacentes (imagen 8). DEM score 0. Coronarias sanas, rama de coronaria derecha nutriendo la masa auricular (imagen 9). Abordaje quirúrgico por minitoracotomía anterolateral derecha en 4 espacio intercostal, canulación femoral venosa y arterial, canulación directa de vena cava superior. Atriotomía izquierda por surco de Sondergaard y derecha para abordaje biauricular y transeptal. Resección de base tumoral y septum adherido. Cierre primario de defecto septal en dos planos con prolene 4-0. Cierre de atriotomías. Ecocardiograma transesofágico intraoperatorio con septum íntegro, prueba de burbujas negativa. Extubación en quirófano. Ritmo de la unión postoperatorio autolimitado.

Conclusiones:
Los mixomas auriculares generalmente son resecables a través de un abordaje mínimamente invasivo a través de la auricula izquierda, sin embargo, para aquellos tumores de gran tamaño, con base de implantación con un pedículo amplio hacia el septum interauricular, puede ser necesario realizar abordajes un poco más agresivos como el abordaje biauricular con sección parcial del septum. La reconstrucción luego de la resección tumoral es técnicamente reproducible cuando se realiza un adecuado reparo de la anatomía cardíaca. Con este método se busca evitar dejar enfermedad residual que obligue a una segunda intervención posterior.

7 **Síndrome coronario agudo e insuficiencia cardíaca en un paciente con situs inversus totalis, un reto diagnóstico: reporte de caso y revisión de la literatura**

Andrea Navarro Villa; *José-Manuel Tamayo Lotero*

Introducción:
La dextrocardia asociada con situs inversus es una condición poco frecuente de origen genético. En general, el corazón en estos pacientes tiene un funcionamiento normal y presenta una baja prevalencia de eventos isquémicos. Sin embargo, debido a la alteración anatómica, la identificación de un infarto agudo de miocardio mediante electrocardiograma puede representar un desafío clínico. Esta condición no solo dificulta el diagnóstico y la valoración física inicial, sino que también puede alterar la anatomía coronaria y complicar las intervenciones coronarias percutáneas.

Materiales y Métodos:
Caso: Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes patológicos, con un cuadro clínico caracterizado por dolor torácico, disnea y tos. Se realiza radiografía de tórax sugestiva de dextrocardia, troponinas positivas, electrocardiograma con ondas T invertidas en derivaciones V1 a V6 y ecocardiograma transtorácico con hipocinesia global del ventrículo izquierdo, disfunción sistólica con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 20% y signos de congestión pulmonar. Se enfoca como síndrome coronario agudo (SCA), tipo infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST con puntaje de GRACE 146 y HEART de 6, requiriendo intervención coronaria percutánea con arteriografía coronaria que demuestra enfermedad moderada de un vaso (arteria descendente anterior).

Resultados:
Discusión: El situs inversus totalis (SIT) es una anomalía anatómica congénita caracterizada por la transposición completa de los órganos abdominales y torácicos, con una incidencia estimada de 1 por cada 10.000 nacimientos. Su curso es generalmente asintomático, por lo que suele ser un descubrimiento accidental. Aun así, el SIT puede coexistir con diversas patológicas congénitas y adquiridas a nivel respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular y renal. Sin embargo, dentro de este grupo no figura el SCA, cuya incidencia se considera se considera similar a la de la población general, con una prevalencia estimada del 4.7%. La identificación de un SCA en pacientes con SIT constituye un reto diagnóstico, lo cual puede retrasar el manejo y tratamiento apropiado.

Conclusiones:
Clínicamente, el dolor torácico suele presentarse en el hemitórax derecho, acompañado de irradiación de los síntomas en espejo. En un electrocardiograma estándar, se evidencia una desviación derecha extrema del eje cardiaco, complejos QRS positivos en la derivación aVR, ondas negativas en D1 y progresión inversa de las ondas R en las derivaciones precordiales, evidenciando una onda S gradualmente dominante. En el contexto del SCA, las derivaciones estándar pueden subestimar la extensión del infarto, lo que obliga a la realización de un electrocardiograma corregido, con inversión de las derivaciones. La realización de procedimientos invasivos para evaluar la anatomía coronaria, como la intervención coronaria percutánea, requieren modificaciones técnicas para su realización, lo que requiere planificación previa por el equipo de cardiología intervencionista.

8 **Uso de Stent Reabsorbible en la Corrección de la Coartación de la Aorta en un Neonato: Reporte de Caso.**

Antonio José Madrid Pinilla; *Ernesto León Vallejo Mondragón; Guiselle Alexandra Cristancho Olaya; Paola Andrea Angel Ruiz; Angie Paola García Guevara; José Fernando Gómez Urrego*

Introducción:
La coartación de aorta es un estrechamiento congénito de la aorta que genera hipertensión en extremidades superiores y potencia el riesgo de insuficiencia cardíaca, aneurismas y eventos cerebrovasculares. Se diagnostica inicialmente por ecocardiografía. En neonatos y lactantes pequeños, la cirugía suele ser el tratamiento estándar, mientras que en pacientes de más de 25 kg y adultos se emplea la angioplastia con stent, que mejora el flujo y reduce la recoartación en comparación con el balón. No obstante, a medio plazo, se registra recoartación en el 24 % y complicaciones como aneurisma o fractura en un rango de 6–24 %. Los stents absorbibles, aún en fase experimental, ofrecen soporte temporal que podría permitir el crecimiento vascular y disminuir reintervenciones, especialmente en niños.

Materiales y Métodos:
Se presenta un paciente de 31 semanas (peso al nacer 2070 g), comórbido, diagnosticado el 29 de junio de 2025 con coartación de aorta yuxtaductal crítica (estrechamiento de 2,5 mm y gradiente de 43 mmHg), acompañado de hipertensión pulmonar severa y disfunción diastólica ventricular. Dado el alto riesgo quirúrgico por bajo peso y comorbilidades, se optó por una angioplastia percutánea con colocación de un stent reabsorbible de 4 x 18 mm Freesolve mediante acceso por arteria carótida derecha. El procedimiento se realizó sin complicaciones, con adecuado posicionamiento del stent y restablecimiento del flujo aórtico. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó estabilidad hemodinámica, sin eventos adversos, y el ecocardiograma de control confirmó flujo apropiado sin malformaciones ni recoartación, evidenciando una solución eficaz y segura en un neonato de muy bajo peso y múltiples comorbilidades.

Resultados:
La coartación aórtica es un estrechamiento congénito poco frecuente (?1 en 2 900 nacidos), con predominio masculino (4:1), a menudo asociado a otras malformaciones cardíacas. Se manifiesta por hipertensión en brazos y diferencia de presión >= 20 mmHg entre extremidades, y se clasifica en formas preductal (neonatal) y posductal (adolescencia/adultos). El diagnóstico inicial se basa en ecocardiografía supraesternal, complementada por angiotomografía multicorte para planificar la intervención, y se recomienda resonancia magnética con flujo 4D para el seguimiento sin radiación. En neonatos y lactantes, la cirugía sigue siendo el estándar, aunque la angioplastia con stent de bajo perfil es una alternativa en pacientes de alto riesgo. El Osypka BabyStent® ha mostrado éxito técnico en el 100 % de los casos y aumento del diámetro aórtico > 50 % en el 79 %, con supervivencia al año, aunque la mayoría requirió redilatación. Otros stents de reabsorbibles como Freesolve ofrecen soporte temporal y posibilitan el crecimiento vascular, pero aún están en fase experimental sin aprobación clínica rutinaria.

Conclusiones:
La colocación de un stent reabsorbible en lactantes con coartación aórtica constituye una alternativa terapéutica emergente y potencialmente transformadora en cardiología pediátrica. En pacientes con anatomía compleja y alto riesgo quirúrgico, este enfoque percutáneo puede restaurar el flujo aórtico sin comprometer la futura expansión vascular ni intervenir el crecimiento natural del vaso, sin embargo su aplicación debe considerarse solo en contextos de investigación controlada, dentro de protocolos éticos bien estructurados, con seguimiento prospectivo y comparación frente a estrategias tradicionales para validar su eficacia y seguridad a largo plazo.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS NIÑOS

CORONARIAS

9 **Aneurisma coronario gigante en paciente testigo de Jehová, abordaje quirúrgico.**

Francisco Mauricio Rincón Tello; *Aura María Rivera Herrera*; *Esteban Gustavo Correa Ríos*

Introducción:
Los aneurismas coronarios gigantes tienen una presentación clínica infrecuente, como síndromes coronarios agudos o insuficiencia cardiaca crónica, la mayoría de los casos han sido reportados como hallazgos imagenológicos incidentales. Presentamos el caso de un hombre joven, de orientación religiosa testigo de Jehová, cursando con síndrome anémico, llevado a manejo quirúrgico exitoso sin uso de hemocomponentes ni hemoderivados.

Materiales y Métodos:
Paciente masculino de 35 años testigo de Jehová, con antecedentes de asma en la infancia y trastorno de ansiedad, quien consulta al servicio de urgencias en múltiples ocasiones por presentar cuadro clínico consistente en dolor torácico opresivo recurrente asociado a disnea de esfuerzos, dado antecedente, es enfocado inicialmente con descompensación del cuadro afectivo, en plan de manejo en unidad de salud mental, sin embargo por características anginosas realizan toma de biomarcadores con resultado positivo de troponina, lo enfocan como un síndrome coronario agudo vs angina de Prinzmetal.
Se realizan exámenes de extensión, hemoglobina en 10.9gr, ekg con elevación del segmento st que resuelve posteriormente, radiografía de tórax con cardiomegalia global, ecocardiograma transtorácico con imagen ecogénica origen extracardíaco sin compresión de cavidades, sospecha de una masa mediastinal, se realiza angiotomografía de tórax documentando aneurisma vs pseudoaneurisma dependiente de la arteria coronaria derecha, confirmado por medio de una angiografía coronaria realizada por cateterismo cardiaco.
Es valorado por el servicio de cirugía cardiovascular que considera paciente tiene indicación de manejo quirúrgico, Se traslada a unidad de cuidado intensivo para vigilancia, dado contexto de paciente con síndrome anémico quien no acepta voluntariamente transfusión de hemocomponentes, se inicia manejo con hierro carboximaltosa y eritropoyetina en el preoperatorio.

Resultados:
Es llevado procedimiento quirúrgico, durante el cual se utilizo en todo momento salvador celular, sin transfusión de hemocomponentes, visualizando aneurisma coronario derecho gigante de 14 cm aproximadamente que condiciona la función cardíaca, dado riesgo de ruptura del mismo y la dificultad de exposición de las estructuras vasculares se decide realizar canulación femoral derecha, se ingresa en circulación extracorpórea total.
Se procede a la diéresis del aneurisma de contenido de coágulos antiguos en su interior y lesiones crónicas en las capas arteriales. Se identifica orificio proximal con flujo sanguíneo alimentando el aneurisma, sin visualización de orificio distal ni continuidad de arteria coronaria.
Fuera de circulación extracorpórea, se procede a hemostasia extensiva, reanimación hídrica, síndrome anémico severo (hemoglobina 4.0gr) por lo cual se considera continuar bajo estrategia de empaquetamiento mediastinal, se traslada a unidad de cuidado intensivo donde persiste con shock hipovolémico, con alto riesgo de mortalidad a corto plazo.
A las 48 horas postoperatorias es llevado a revisión quirúrgica, sin sangrados activos, con mejoría de hemostasia y coagulopatía, se realiza cierre mediastinal, continua manejo en unidad de cuidado intensivo por 3 semanas hasta egreso hospitalario.

Conclusiones:
Los aneurismas coronarios gigantes son muy infrecuentes, documentándose una incidencia del 0,02 %, con una prevalencia mayor en pacientes con antecedentes de patologías reumatológicas con diagnostico en la infancia como la enfermedad de Kawasaki, vasculitis o enfermedades del tejido conectivo. Su presentación clínica puede ser asintomática en la mayoría de pacientes, su sintomatología no es característica, y tiene varios diagnósticos diferenciales.
En este caso podemos evidenciar una presentación sintomática, con un hallazgo incidental por estudios imagenológicos diagnosticas, se ha documentado la prevalencia en angiografía varía del 0,15% al 4,9% de predominio en el genero masculino.
Su manejo quirúrgico esta indicado según el tamaño del mismo y su repercusión hemodinámica.

10 **Manejo quirúrgico de los puentes miocárdicos en pacientes con MINOCA: serie de casos**

Javier Darío Garzón Rodríguez; *Paula Liliana Torres Gómez*; *Karen Andrade Macías*; *David René Rodríguez Lima*

Introducción:
Los puentes miocárdicos (PM) son anomalías congénitas en las que un segmento de una arteria coronaria—con mayor frecuencia la arteria descendente anterior izquierda (DAI) media—transcurre de forma intramiocárdica. Aunque tradicionalmente se han considerado benignos, los PM han sido implicados cada vez más como causa de isquemia miocárdica y síndromes coronarios agudos, incluyendo el infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA). Si bien el tratamiento médico es la primera línea terapéutica, la intervención quirúrgica puede estar indicada en casos anatómicamente significativos, sintomáticos y refractarios al tratamiento farmacológico.

Materiales y Métodos:
Presentamos una serie consecutiva de seis pacientes adultos jóvenes de sexo masculino sometidos a manejo quirúrgico de PM sintomáticos en un centro cardiovascular en Bogotá, Colombia.

Resultados:
Presentación de casos:
Todos los pacientes se presentaron con MINOCA y angina o síntomas isquémicos persistentes. Cinco recibieron betabloqueadores y cuatro recibieron terapia antiplaquetaria antes de la cirugía. En todos los casos, se identificó un PM en la DAI como el sustrato isquémico probable mediante angiografía coronaria y tomografía computarizada. El tratamiento quirúrgico consistió en miotomía supraarterial. Todos los pacientes se recuperaron sin complicaciones, presentaron resolución completa de los síntomas y no tuvieron recurrencia de isquemia durante el seguimiento temprano.

Conclusiones:
Esta serie de casos destaca el papel de los puentes miocárdicos como causa potencial de MINOCA en pacientes jóvenes y respalda la miotomía supraarterial quirúrgica como una opción terapéutica segura y eficaz en casos cuidadosamente seleccionados.

11 **Nacimiento anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo de forma independiente con trayecto interarterial e intramural. Enfoque Diagnóstico y Quirúrgico. Reporte de caso.**

Juan Miguel Mantilla Zambrano; *José Leónidas Olaya Forero*; *Expedito Badillo Ayala*; *Veronique Lárez*; *Alvaro Gallego Ojeda*; *Cristian Camilo Páez Cancelado*; *Steven Vergara Angulo*; *Mónica Moreno García*; *Tatiana Castañeda Castañeda*

Introducción:
El origen anómalo de las arterias coronarias es una patología de muy baja incidencia, se estima que se presentan en menos del 1% de la población general, dentro de este grupo el origen anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo se ha reportado una incidencia que varía entre 0.019% y 0.5% en estudios de angiografía coronaria. Presenta una clínica diversa asociada a dolor torácico, deterioro de la clase funcional, sincope, arritmias, infarto agudo de miocardio y muerte súbita.

Materiales y Métodos:
Se presenta a una paciente de 45 años de edad con cuadro clínico de 1 año de evolución consistente en dolor torácico opresivo irradiado a extremidad superior izquierda de intensidad 5/10 que aparece durante la actividad física y cede con el reposo. En estudios complementarios se realiza arteriografía coronaria izquierda en donde se evidencia arteria coronaria derecha con origen anómalo anterior y superior a seno coronario izquierdo dominante. En angiotomografia coronaria se observa un origen anómalo de la arteria coronaria derecha con nacimiento del seno coronario izquierdo de forma independiente, intramural con (segmento de 5mm y estenosis del 80%) con trayecto interarterial. Ecocardiograma transtorácico presenta una geometría del ventrículo izquierdo normal, con función sistólica conservada (FEVI 55%) sin aumento de las presiones de finde diástole, ventrículo derecho no dilatado con función sistólica conservada, planos valvulares mitral y aórticos normales. El holter electrocardiográfico presentó un ritmo de predominio sinusal, con variabilidad de la frecuencia cardíaca conservada, sin presencia de eventos arrítmicos.

Resultados:
Se lleva a manejo quirúrgico mediante reimplante de la arteria coronaria derecha, se llevó a cabo una estrategia de canulación arterial con cánula aórtica multipropósito No 20Fr y canulación venosa en aurícula derecha con cánula única doble estadio No 32-40Fr, se utilizó cardioplejia hemática anterógrada formula de "Del Nido", con un tiempo de clamp de 80 minutos, tiempo de CEC 130 minutos, sin complicaciones intraoperatorias.

Conclusiones:
El nacimiento anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo con trayecto interarterial e intramural representa una anomalía coronaria congénita muy poco prevalente con una gran relevancia clínica. Su importancia radica en el riesgo significativo de isquemia miocárdica y muerte súbita, especialmente en individuos jóvenes y deportistas. La corrección quirúrgica está justificada en todos los pacientes sintomáticos. La técnica reimplante de la arteria coronaria derecha ha demostrado excelentes resultados, en particular arterias coronarias con un trayecto o segmento intramural. Su diagnóstico tratamiento representan un reto quirúrgico.

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

12 **Mixoma en tránsito; implantación en tabique interauricular con protrusión a través de CIA: Un reporte de caso**

Lorena Montes Villalobos; *Santiago Bottia Córdoba; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción:
Los mixomas auriculares son los tumores cardíacos primarios benignos más frecuentes, con una incidencia estimada entre 8 y 150 casos por millón de habitantes. Aproximadamente el 70 % se localiza en la aurícula izquierda, mientras que la afectación biauricular representa cerca del 2,5 % de los casos descritos. Clínicamente, pueden manifestarse con obstrucción intracardíaca, fenómenos embólicos o síntomas de insuficiencia cardíaca. La coexistencia de un mixoma con una comunicación interauricular (CIA), o su extensión a través de ella, es infrecuente y supone retos diagnósticos y quirúrgicos adicionales.

Materiales y Métodos:
Se presenta el caso de una mujer de 61 años en seguimiento ambulatorio por cardiología debido a disminución progresiva de la clase funcional. El ecocardiograma transtorácico evidenció una masa auricular de gran tamaño (4,6 × 2,1 cm), motivo por el cual fue remitida para valoración hospitalaria. Al ingreso, el ecocardiograma transesofágico mostró una aurícula izquierda de 19 cm^2 con lesión heterogénea, gelatinosa, multilobulada y espiculada, implantada en el septum interauricular mediante un pedículo de 14 mm, respetando la válvula mitral. La masa protruyó hacia la aurícula derecha a través de una CIA de 10 mm, donde presentaba una proyección polipoide sésil de 12 mm. Se programó resección quirúrgica a los tres días del ingreso.

Resultados:
En la cirugía se identificó una masa gelatinosa, multilobulada y friable en la aurícula izquierda, firmemente adherida al septum interauricular izquierdo mediante un pedículo de aproximadamente 1,5 cm, con extensión lateral próxima a la válvula mitral sin comprometerla. La lesión atravesaba una CIA de 2 cm, proyectándose hacia la aurícula derecha, donde se encontraba adherida mediante un pedículo de pequeño tamaño. Se realizó resección completa de la masa y cierre quirúrgico de la CIA. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones mayores, con estancia de seis días en unidad de cuidados intensivos y dos días adicionales en hospitalización general. La paciente fue dada de alta en condiciones clínicas y paraclínicas estables.

Conclusiones:
La combinación de mixoma auricular y CIA es una presentación poco habitual, con escasos casos descritos en la literatura, que implica retos diagnósticos y terapéuticos diferentes a los de los mixomas sin defectos septales. La documentación de estos casos contribuye a una mejor caracterización clínica y ecocardiográfica, así como a la identificación de posibles complicaciones y a la optimización de la estrategia quirúrgica. En este caso, el ecocardiograma transesofágico fue fundamental para determinar la morfología, el sitio de implantación y la extensión del tumor, permitiendo una planificación quirúrgica precisa. La resección completa con cierre simultáneo de la CIA continúa siendo el tratamiento de elección, con buen pronóstico a corto plazo. Se recomienda seguimiento ecocardiográfico periódico para detectar recurrencias.

13 **Tumor del glomus carotídeo. A propósito de un caso**

Julio César Velasco Castro; *Santiago Alejandro Gil Rodríguez; Natalia Sánchez Coronel; Luis Carlos Avellaneda Curcho; Mónica Liseth Holguín Barrera; Gary Armando Paternina Salgado; Lorena García Agudelo*

Introducción:
El tumor del glomus carotideo son tumores neuroendocrinos poco frecuentes, de crecimiento lento y benigno, originados embriológicamente de la cresta neural. Usualmente son asintomáticos y el diagnóstico inicia al evidenciar una hinchazón o sensación de masa a nivel del CC o como hallazgo incidental en estudios imagenológicos.

Materiales y Métodos:
Caso clínico

Resultados:
Un hombre de 69 años consultó por sensación de masa pulsátil a nivel de hemicuello izquierdo. A la exploración física, en el triángulo carotídeo había una tumoración, no dolorosa a la palpación, con signo de Fontaine positivo y una angiotomografía con contraste evidenció una tumoración en el espacio carotideo izquierdo, cabalgando la bifurcación carotidea (signo de la lira) de 44x31x38 mm. Posteriormente fue sometido a cirugía de resección quirúrgica la cual transcurrió sin complicaciones. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de paraganglioma carotídeo.

Conclusiones:
Conclusión: Los tumores del cuerpo carotideo son paragangliomas poco frecuentes; en la mayoría de los casos surgen de forma espontánea con un curso clínico asintomático y otros desarrollar formas o características clínicas poco comunes. En el caso en mención, aunque por sí sólo el TCC es una presentación inusual, el paciente presentó variantes sociodemográficas y clínicas poco descritas, como el género, la edad, el periodo de aparición y la detección del tumor, la asociación del glomus carotideo con la otalgia y la ausencia de síntomas relacionados con la secreción de hormonas como las catecolaminas y la serotonina.

ERAS / ANESTESIA CV

14 **Tumor Neuroendocrino y Síndrome de Hedinger: Manejo Quirúrgico de Alta Complejidad**

Jorge Córdoba Soto; *Oswaldo Enrique Aguilar Molina; Sheyla Carolina Pavajeau Anaya; Ginna Rodríguez de la Vega; Fabián Manco Blanchar; Nicolás Figueredo Ramírez*

Introducción:
Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias raras de crecimiento lento, con localización habitual en intestino delgado. Su diseminación hepática permite que metabolitos vasoactivos, como la serotonina, escapen del metabolismo hepático y afecten el endocardio derecho. Este fenómeno ocasiona fibrosis valvular, particularmente tricuspídea y pulmonar, en un cuadro clínico denominado enfermedad cardíaca carcinoide (ECC) o síndrome de Hedinger, cuya progresión puede conllevar a insuficiencia cardíaca derecha severa.

Materiales y Métodos:
Mujer de 37 años que debuta en 2021 con diagnóstico de TNE ileal metastásico hepático, confirmado por inmunohistoquímica (Ki-67 10%). En la resonancia magnética abdominal (Figura 1) se observó hepatomegalia con múltiples lesiones nodulares metastásicas heterogéneas, compatibles con diseminación difusa.
Asociado al síndrome carcinoide (diarrea, rubor facial), en 2022 presenta disnea clase funcional IV, edema y ascitis. La resonancia magnética cardíaca (Figura 2) reveló dilatación significativa del ventrículo derecho con remodelado excéntrico y abombamiento del septum interventricular, sin compromiso izquierdo.El ecocardiograma transtorácico (Figura 3) mostró insuficiencia tricuspídea severa con valvas engrosadas y retraídas, sugestivas de degeneración carcinoide, asimismo estenosis valvular pulmonar severa, válvula que abre en domo, aspecto de etiología congénita.
La paciente fue tratada con octreotide y posteriormente lanreotide, sin posibilidad de terapia con Lutecio-177. Se realizó valvuloplastia pulmonar con balón, con mejoría temporal. Evolucionó con episodios recurrentes de falla derecha y fue rechazada para cirugía en otros centros por alto riesgo quirúrgico. En 2025, ante estabilidad oncológica, se decidió intervención quirúrgica. Se realizó reemplazo valvular tricuspídeo con prótesis biológica Mosaic 27 mm (Medtronic) mediante minitoracotomía videoasistida derecha, sin clampeo aórtico. Previo a la incisión se realizó paracentesis guiada por ecografía obteniendo 2500 ml de líquido cetrino, dejando catéter para drenaje continuo de cavidad abdominal.
Durante la inducción anestésica presentó colapso hemodinámico por disfunción ventricular derecha (TAPSE 12 mm, fracción de acortamiento 25%, PVC 22 mmHg), manejado con soporte inotrópico (levosimendán, dobutamina) y vasopresores. El destete de circulación extracorpórea fue prolongado, con persistencia de disfunción sistólica del VD y sangrado microvascular, sin complicaciones protésicas. El ecocardiograma transoperatorio (Figura 4) evidenció adecuada alineación de la prótesis tricuspídea, sin regurgitación residual ni gradientes significativos (Vmax 1 m/s, gradiente medio 3 mmHg).

Resultados:
La paciente fue trasladada a UCI con extubación precoz y retiro progresivo de soporte. Egresó al séptimo día en buenas condiciones. Al segundo mes permanece asintomática, en control ambulatorio oncológico con lanreotide y en evaluación para embolización hepática.

Conclusiones:
Este caso resalta el desafío del abordaje quirúrgico en ECC avanzada, frecuentemente desestimado por su complejidad. La combinación de enfermedad carcinoide estable, evaluación funcional multidisciplinaria y experticia quirúrgica en técnicas mínimamente invasivas permitió una resolución clínica favorable. La adecuada selección del momento quirúrgico, soporte hemodinámico intensivo y control perioperatorio fueron determinantes en el resultado. La cirugía debe considerarse en centros especializados, incluso en casos previamente rechazados.

FALLA CARDÍACA - HTP - MCH

15 Aneurisma pulmonar gigante en paciente con hipertensión pulmonar severa: reto quirúrgico con reconstrucción compleja y terapia ECMO como puente a recuperación.

Javier Darío Maldonado Escalante; *Laura Daniela Rincón; Exarith Valencia Morera; Sergio Felipe Gómez Olarte; Juan Andrés Sarmiento; Juan David Acosta Peláez; Germán Ricardo Molina Marroquín*

Introducción:
Paciente femenina de 49 años de edad, quien consulta por cuadro clínico consistente en disnea y deterioro de clase funcional hasta NYHA II. Con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípidos y enfermedad tromboembólica crónica con hipertensión pulmonar del grupo IV en manejo médico con estimuladores de la guanilato-ciclasa. Al examen físico con hallazgo de ingurgitación yugular grado I, y ruidos cardiacos rítmicos con presencia de soplo sistólico en foco pulmonar de hiperflujo grado 4/6, soplo diastólico en foco pulmonar 4/6, y soplo sistólico grado 3/6 en foco tricuspídeo. Con impresión diagnóstica de tromboembolismo pulmonar se realiza una Angio-TAC sin lesiones obstructivas significativas, pero que muestra aneurisma de tronco y arterias pulmonares de 79 mm y cateterismo con coronarias sanas y presiones pulmonares (en mmHg) de: Aurícula derecha 16, Ventrículo derecho 73/10, Arteria pulmonar 74/25 (44), Capilar pulmonar 16. El ECO TT confirma la presencia de insuficiencia valvular pulmonar y tricúspide severas con aneurisma del tronco y arterias pulmonares, además de un ventrículo derecho dilatado, pared libre de 8 mm, TAPSE 14 mm, S' 8.2 cm/seg, con función sistólica disminuida. Se comienza optimización del abordaje terapéutico de falla cardiaca derecha e HTP mediante manejo médico por parte del equipo de neumología con antagonistas de receptor de endotelina en combinación con estimuladores de la guanilato ciclasa, y la Junta de decisiones multidisciplinaria aprueba ser llevada a cirugía con posible implante de ECMO. La paciente ingresa a cirugía, donde se confirma ausencia de TEP, se reemplaza el tronco pulmonar, arteria pulmonar derecha y válvula pulmonar por tubo valvulado recto #32 con prótesis biológica #29, se reemplaza la arteria pulmonar izquierda con tubo recto en "Y" #24, se realiza plastia tricúspide con anillo #28 y cierre de la CIA. La salida de bomba es sencilla con ECO TE intraoperatorio que muestra adecuada función ventricular. Paciente ingresa en postoperatorio inmediato a Unidad de Cuidados Intensivos con doble soporte vasopresor y soporte inotrópico, sin embargo con progresión de choque cardiogénico refractario y reporte de ecocardiograma transesofágico que confirma disfunción sistólica severa del ventrículo derecho con CAF de 19%, diámetro basal 45 mm, diámetro medio 42 mm, además de más taponamiento cardiaco, por tanto se decide llevar a la paciente a cirugía para colocación de soporte circulatorio con ECMO central y revisión mediastinal. Se decide dejar el soporte con ECMO hasta tanto el VD recupere. Pasados 23 días, el VD se encuentra con un diámetro TSVD proximal de 3.0 cm, diámetro basal de 4.3 cm, un CAF del 26%, TAPSE de 1 cm, y TASV de 5 por lo que se decide pasar a retiro del ECMO, el cual fue tolerado con adecuada estabilidad hemodinámica. Actualmente, paciente permanece en UCI con evolución clínica hacia la mejoría.

16 Crisis hipertensiva pulmonar y disfunción severa del ventrículo derecho secundaria al uso de protamina postrasplante cardíaco

Laura Salazar Gómez; *María Camila Botero; Laura Valentina López; Alvaro Mauricio Quintero Ossa; Juan Camilo Rendón Isaza; Andrés F Barragán Amado*

Introducción:
La protamina, una proteína de bajo peso molecular derivada del esperma de salmón, se emplea como antagonista específico de la heparina no fraccionada, particularmente en cirugía cardíaca (1). Aunque las reacciones adversas son poco frecuentes (0,1%–10%), pueden ser fatales, sobre todo si se asocian con disfunción del ventrículo derecho (VD) y crisis vasoconstrictoras pulmonares (2).

Materiales y Métodos:
Reporte de caso

Resultados:
Mujer de 35 años con insuficiencia cardíaca avanzada secundaria a miocardiopatía arritmogénica del VD, por mutación probablemente patogénica del gen de la desmoplaquina. Ingresó por congestión y deterioro funcional, con desarrollo de tormenta eléctrica y posterior choque cardiogénico refractario, requiriendo soporte con ECMO-VA y trasplante cardíaco urgente. Luego del trasplante, al administrar protamina para revertir la anticoagulación, presentó hipotensión severa, presión pulmonar sistólica de 80 mmHg, dilatación del VD y paro cardíaco. Se realizó masaje cardíaco, nueva heparinización y reinstalación de circulación extracorpórea. El soporte hemodinámico se intensificó con norepinefrina, dobutamina y óxido nítrico (NO) inhalado. La función del VD mejoró, permitiendo reducción de presiones pulmonares y retiro progresivo del soporte. A las 48 horas se realizó el cierre esternal, y a las 96 horas, tras suspensión de soporte farmacológico y renal, la paciente fue dada de alta de la UCI sin complicaciones. Cateterismo derecho con hemodinámica normal y biopsia endomiocárdica sin rechazo.

Conclusiones:
Aunque infrecuente, la hipertensión pulmonar aguda y la VD inducidas por protamina constituyen complicaciones clínicamente devastadoras. Su fisiopatología no está completamente descrita, pero se han propuesto mecanismos inmunológicos mediados por anticuerpos IgE o IgG dirigidos contra la protamina o sus complejos con heparina, que activan la vía clásica del complemento y liberan anafilotoxinas (C3a, C5a) (3,4). Estas estimulan la liberación de potentes vasoconstrictores pulmonares como tromboxano A2 y leucotrienos, provocando un aumento súbito y severo de la presión arterial pulmonar, vasoconstricción masiva, disfunción del VD, colapso hemodinámico y posible muerte (2,5). El curso clínico es abrupto, progresivo y no guarda relación con la dosis ni la velocidad de infusión (2). El manejo se orienta a reducir la poscarga pulmonar y estabilizar el VD mediante inotrópicos, vasopresores y vasodilatadores pulmonares como el NO inhalado, considerado terapia de primera línea (6). En casos graves, se pueden requerir prostaciclinas, soporte circulatorio mecánico o retorno a circulación extracorpórea (5–7). La gravedad de este cuadro exige un alto índice de sospecha y una intervención oportuna para prevenir desenlaces fatales.

17 Miectomía septal por abordaje combinado transaórtico y transapical: Una opción segura y efectiva

Sara Cifuentes Navarrete; *Nicolás Núñez Ordóñez; Andrés Felipe Jiménez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Julián Senociaín González; Tomás Chalela Hernández; Néstor Sandoval Reyes; Jaime Camacho Mackenzie; Carlos Eduardo Obando López*

Introducción:
La primera línea de tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) es el manejo farmacológico, sin embargo cuando este falla el manejo quirúrgico es necesario para reducir los síntomas y el riesgo de muerte súbita. El abordaje transapical proporciona una mejor exposición de la cavidad medioventricular, por lo que permite abordar obstrucciones subaórticas largas y medioventriculares. También, es eficaz en el manejo de falla cardiaca diastólica en pacientes con miocardiopatía hipertrófica apical. Presentamos dos casos de pacientes con disfunción diastólica e hipertrofia apical extensa, llevados a miectomia septal por abordaje transaórtico y transapical de forma segura y con resultados favorables.

Materiales y Métodos:
Serie de casos de dos pacientes con diagnóstico de MCHO con indicación de manejo quirúrgico que fueron llevados a miectomia septal por abordaje combinado transaórtico y transapical.

Resultados:
Caso#1: Paciente femenina de 30 años con diagnóstico de MCHO. Consulta por dolor torácico y deterioro de la clase funcional, no tolerante a dosis altas de betabloqeador. Ecocardiograma con hipertrofia septal asimétrica en segmento basal y medio con espesor de 30 mm y movimiento sistólico anterior del aparato subvalvular mitral asociado, gradiente en reposo de 16 mmHg y 24 mmHg con maniobras de valsalva. Fue llevada a miectomia septal transaórtico y transapical, encontrando hipertrofia desde la región subaórtica hasta la región medio ventricular con un espesor de 3 cm y se realizó resección de cuerdas tendinosas anómalas que unian las bases de los músculos papilares a la pared ventricular y al septum. Al terminar el procedimiento se observó amplicación del tamaño de la cavidad ventricular sin obstrucción residual. Ecocardiograma de control con marcada disminución del espesor del septum interventricular, de 15 mm y valvula mitral normofuncionante. La paciente presentó una evolución favorable con estancia en UCI de 2 días y egreso al día 14 post operatorio. Como unica complicación presentó bloqueo de rama izquierda.
Caso#2: Paciente femenina de 71 años con antecedente de miectomia septal en 2023 consulta por síncopes recurrentes a pesar de manejo médico óptimo. Ecocardiograma con espesor en el septum medio y distal de 15 mm y obstrucción dinámica con gradiente máximo de 110 mmHg con maniobras de valsalva. Fue llevada a miectomia septal transaórtico y transapical, encontrando colapso completo de la cavidad ventricular a nivel medioventricular apical con áreas de hipertrofia de 2 cm. Se realizó resección de cuerdas anónalas y liberación de los músculos papilares. Al finalizar el procedimiento se observó mejoria significativa del tamaño de la cavidad ventricular, reducción del gradiente en reposo y con test de provocación farmacológico hasta 30 mmHg. La paciente presentó una evolución favorable con estancia en UCI de 3 días. Como única complicación presentó bloqueo de rama izquierda y episodios de taquicardia ventricular no sostenida, fue llevada a implante de CDI y egresó al día 11 post opertaorio.

Conclusiones:
La miectomia septal por abordaje transaórtico y transapical es una opción segura en pacientes con disfunción diastólica e hipertrofia apical extensa, que permite realizar una resección completa y una adecuada liberación de los músculos papilares. En nuestra experiencia, los pacientes presentaron mejoría de los síntomas, reducción significativa de los gradientes del tracto de salida del VI, ampliación del tamaño de la cavidad ventricular y no se presentaron complicaciones como comunicaciones interventriculares, pseudoaneurisma del ventrículo izquierdo, muerte o necesidad de reintervención.

PERFUSIÓN

TERAPIA TRANSCATÉTER DE LA VÁLVULA AÓRTICA - TAVI

18 **Intoxicación severa por organofosforados: uso de ECMO como terapia de rescate en falla orgánica múltiple**

Rafael Figueroa Casanova; *Juan David Saavedra Henao; Carlos José Pérez Rivera; Salma Yulieth Yasno López; Edgar Andrés Díaz; Andrés Mauricio Charry Plazas*

Introducción:
La intoxicación por organofosforados representa un problema relevante de salud pública en Colombia, siendo responsable del 20,3% de los casos de intoxicación reportados por el Instituto Nacional de Salud en 2020. La presentación clínica varía desde síntomas colinérgicos agudos como fasciculaciones, bradicardia, broncoespasmo y miosis, hasta depresión respiratoria y compromiso neurológico tardío. En casos severos, puede desencadenarse falla multiorgánica con alta mortalidad, requiriendo estrategias de soporte vital avanzado.

Materiales y Métodos:
Se presenta el caso de un paciente adolescente con intoxicación por organofosforados, que desarrolló insuficiencia respiratoria y falla multiorgánica, manejado con soporte respiratorio avanzado mediante oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venosa.

Resultados:
Se presenta el caso de un paciente adolescente con intoxicación por organofosforados, que desarrolló insuficiencia respiratoria y falla multiorgánica, manejado con soporte respiratorio avanzado mediante oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venosa.
Caso clínico:
Paciente masculino de 17 años, con antecedente de intento autolítico mediante la ingesta de Fentopen® (organofosforado). Fue valorado inicialmente en un centro de primer nivel por síntomas de mareo y náuseas, donde se inició hidratación intravenosa y se administró una dosis de atropina. Fue remitido a un centro de mayor complejidad.
Durante el traslado, presentó dificultad respiratoria severa con deterioro de la oxigenación, por lo que se realizó intubación orotraqueal. Al ingreso a la unidad de cuidado intensivo, desarrolló inestabilidad hemodinámica que requirió soporte inotrópico. Persistió con hipoxemia e hipercapnia (PO2: 56 mmHg, PCO2: 87 mmHg, PaFiO2: 56) y se identificaron hallazgos compatibles con bronconeumonía multilobar. A pesar de manejo convencional (traqueostomía, pronación, relajación neuromuscular y antibióticos), no se logró mejoría clínica (PO2: 67 mmHg, PaFiO2 < 89).
Ante el cuadro de síndrome de distrés respiratorio agudo refractario, se inició soporte con ECMO veno-venosa, logrando parámetros adecuados de oxigenación (SatO2 >95%, PO2 >80 mmHg). Al séptimo día, presentó deterioro renal con oliguria, balance hídrico positivo y fasciculaciones asociadas a bradicardia e hipotensión, compatibles con efectos colaterales tardíos del tóxico. Se instauró terapia de reemplazo renal continua mediante hemofiltración venovenosa acoplada al circuito ECMO.
Tras 10 días de soporte, se logró decanulación exitosa con recuperación de la función respiratoria (SatO2: 95%, PO2: 107,2 mmHg, PaFiO2: 238) y mejoría de la función renal, siendo trasladado a unidad de traqueostomía para retiro progresivo del soporte.

Conclusiones:
El uso de ECMO como terapia de rescate en intoxicaciones por organofosforados con insuficiencia respiratoria severa permite estabilizar al paciente y ganar tiempo para la eliminación del tóxico, especialmente en casos con vidas medias prolongadas. Datos del registro ELSO (1999–2014) indican que el 61,7% de los pacientes con ECMO por intoxicación fueron por falla respiratoria, con una tasa de supervivencia del 89,3%. Aunque no reemplaza al antídoto, ECMO puede ser determinante en el desenlace clínico favorable.

19 **Soporte profiláctico con ECMO en implante valvular aórtico transcatéter en disfunción severa del ventrículo izquierdo: serie de tres casos**

Rafael Figueroa Casanova; *Juan David Saavedra Henao; Carlos José Pérez Rivera; Juan Pablo Romero Daza; Andrés Mauricio Charry Plazas*

Introducción:
La valvulopatía aórtica es la enfermedad valvular más prevalente a nivel mundial, con mayor frecuencia en adultos mayores. Sus formas más comunes incluyen la estenosis aórtica severa y la insuficiencia aórtica, que pueden generar síntomas como disnea progresiva, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema periférico. En pacientes con riesgo quirúrgico elevado y disfunción severa del ventrículo izquierdo, la implantación valvular aórtica transcatéter (TAVI) representa una alternativa terapéutica eficaz. No obstante, este subgrupo presenta mayor riesgo de complicaciones hemodinámicas. El uso de soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como medida profiláctica puede ofrecer una estrategia segura en este contexto.

Materiales y Métodos:
Se presenta una serie de tres pacientes con disfunción severa del ventrículo izquierdo sometidos a TAVI bajo soporte profiláctico con ECMO venoarterial. Se documentaron variables clínicas, imagenológicas, duración del soporte y evolución postoperatoria inmediata.

Resultados:
Caso 1. Paciente de 75 años con antecedentes de EPOC e insuficiencia renal crónica estadio IIIA. Presentaba disnea de medianos esfuerzos, ortopnea y edema periférico. Ecocardiograma transesofágico mostró fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 17% y válvula aórtica bivalva con estenosis severa de bajo flujo/bajo gradiente e insuficiencia leve. Se realizó TAVI con ECMO profiláctica durante 37 minutos e implante valvular #27,5 sin complicaciones.
Caso 2. Paciente de 87 años sin antecedentes relevantes, con deterioro funcional NYHA III/IV y ortopnea. Ecocardiograma transtorácico mostró FEVI del 24% y válvula aórtica bivalva con estenosis severa e insuficiencia leve. Se realizó TAVI con ECMO durante 36 minutos e implante de válvula #34, sin eventos adversos.
Caso 3. Paciente de 58 años, exfumador, con disnea de moderados esfuerzos y edemas. Ecocardiograma mostró FEVI del 19% y válvula bivalva con insuficiencia severa y estenosis moderada. Se realizó TAVI con ECMO por 11 minutos e implante valvular #34. Evolución posoperatoria sin complicaciones.

Conclusiones:
En pacientes con disfunción severa del ventrículo izquierdo y alto riesgo quirúrgico, el uso profiláctico de ECMO como asistencia mecánica circulatoria durante TAVI puede prevenir complicaciones como choque cardiogénico, arritmias severas y paro cardiaco. Esta estrategia demuestra ser segura y factible, permitiendo realizar el procedimiento de forma controlada y con buenos desenlaces inmediatos.

UCI CARDIOVASCULAR

20 Asistencia biventricular central con oxigenador en paciente con miocarditis fulminante

Lorena Montes Villalobos; *Leónardo Salazar; Camilo Pizarro; Kevin Gómez*

Introducción:
Caso clínico de paciente femenina con antecedente de hipotiroidismo manejado con levotiroxina 100 mcg día y fibromialgia. que ingresa con cuadro de 2 días de alzas térmicas no cuantificadas, dolor torácico inicialmente punzante y posterior opresivo se realiza electrocardiograma donde se documenta elevación del segmento ST en cara anterior, toman troponinas las cuales son positivas 2887ng/dl , administran aspirina 300 miligramos y clopidogrel 300 miligramos, con ecocardiograma donde se evidencia disfunción biventricular con fracción de eyección del 37% VTI TSVI en 9 con diámetro del TSVI en 18 mm calculando un gasto cardiaco de 2.3 L/minuto, con hipoquinesia difusa del ventrículo izquierdo el ventrículo derecho se evidencia con hipoquinecia difusa con TAPSE de 9mm , sin lesiones valvulares. la paciente evoluciona a inestabilidad hemodinamica con presión arterial sistólica de 83 mmhg diastólica 63 mmhg , frecuencia cardiaca en 110 latidos por minuto, se inicio soporte vasopresor con norepinefrina a dosis de 0.2 mcg/kg/min sin embargo no tiene mejoría se encuentra con persistencia de hipotensión además somnolienta con piel moteada, llenado capilar en 5 segundos por lo que se decide canulación en ecmo veno arterial femoral venoso derecho y femoral arterial izquierdo, con catéter de reperfusión distal en miembro inferior izquierdo, al día siguiente su evolución fue hacia el deterioro con requerimiento de ventilacion mecánica invasiva, adición de vasopresina , con troponinas de control en 19490ng/dl , fue llevada arteriografía coronaria donde se descarto enfermedad coronaria, se evidencia presión en cuña en 26 y presión venosa central en 24 , se realiza biopsia Endo miocárdica donde confirma sospecha de miocarditis con reporte de miocarditis viral aguda población linfoide T ante reporte de biopsia se inicio metilprednisolona, ese mismo día se evidencia trombo apical sobre la pared septal del ventrículo izquierdo alcanzando el tracto de salida motivo por el cual se decide doble asistencia ventricular central, asistencia ventricular derecha + Oxigenador con canula femoral venosa y de retorno pulmonar y Asistencia ventricular izquierda Centrimag con canula apical y aorta de retorno, con coagulopatía en postquirurugico inmediado evidenciado en tromboelastogramas con requerimientos de politransfusiones, queda con tórax empaquetado, Paciente 2 dias después evoluciona adecuadamente logrando retirar soporte vasopresor , cerrando cavidad mediastinal y en plan de retiro de ventilacion mecánica sin embargo al dia siguiente se evidencia con pupilas midriáticas documentando hemorragia parietotemporal derecha con signos de herniación, paciente evoluciona hacia la inestabilidad y fallece.

Materiales y Métodos:
reporte de caso clinico, datos obtenidos de historia clinica de la paciente e imagenes proporcionadas por servicios tratantes

Resultados:
reporte de caso clinico en modalidad de poster para simposio internacional de cirugia cardiovascular

Conclusiones:
La miocarditis fulminante genera choque cardiogenico y requiere soporte circulatorio mecánico en aquellos pacientes que no responden al manejo medico, por lo que terapias como ECMO veno arterial podria generar un beneficio hemodinamico mientras se genera la recuperación exitosa, en aquellos pacientes que presentan distension del ventriculo izquierdo u complicaciones trombotica configuraciones centrales con descompresión del VI para el tratamiento ha demostrado buenos resultados clinicos incluyendo asistencias biventriculares, donde el compromiso puede ser mas severo.

21 ECMO venoarterial como puente en un paciente con shock séptico refractario que, además, cursa con leucemia linfoblástica aguda tipo B.

Edwar Lozano Herrera; *Carlos D'anetra Novoa; Antonio Oyola Yepes; Víctor Nieto Estrada; Manuel Rojano Ruiz; Felipe González Cortés; Juany Alvarez Herrera; Nathalia Román Sinning; Sebastián Rodríguez Chaparro*

Introducción:
El soporte extracorpóreo mediante oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial es una estrategia de rescate en pacientes con compromiso hemodinámico grave refractario al tratamiento convencional. En patologías oncológicas hematológicas activas, su uso ha sido limitado por la alta probabilidad de sangrado, inmunosupresión y necesidad de soporte transfusional intensivo. Sin embargo, en pacientes jóvenes, con enfermedad potencialmente curable y disfunción orgánica reversible, puede considerarse como puente hacia la recuperación.

Materiales y Métodos:
Paciente femenina de 38 años, sin antecedentes patológicos, diagnosticada con leucemia prolinfoblástica aguda B con infiltración al sistema nervioso central, en tratamiento con protocolo de inducción GRAALL e intratecal. Durante hospitalización presentó neutropenia febril, deterioro respiratorio y hemodinámico, progresando a shock séptico refractario pese a triple soporte vasopresor y antibióticos de amplio espectro. Se realizó evaluación multidisciplinaria que consideró edad, pronóstico oncológico y reversibilidad del cuadro. Se inició ECMO venoarterial con soporte transfusional intensivo (plaquetas por aféresis cada 12 h y glóbulos rojos según necesidad).

Resultados:
Posterior al inicio de ECMO se observó mejoría inmediata de la perfusión tisular, disminución progresiva de vasopresores y corrección de acidosis láctica. Fue extubada al segundo día, retirada de ECMO al cuarto día y trasladada a hospitalización general en condición estable. Se reanudó el tratamiento oncológico sin complicaciones mayores atribuibles al soporte extracorpóreo

Conclusiones:
Las enfermedades hematológicas malignas activas son tradicionalmente una contraindicación relativa para ECMO debido al riesgo hemorrágico, infeccioso y a la alta demanda transfusional. Sin embargo, literatura reciente reporta casos exitosos en pacientes cuidadosamente seleccionados, con factores favorables como edad joven, causa reversible de la falla orgánica y ausencia de disfunción multiorgánica avanzada. Este caso refuerza que, en centros con experiencia y recursos, ECMO puede ser una alternativa viable en pacientes hematológicos críticos, incluso durante fases de profunda inmunosupresión, si existe un plan integral de soporte transfusional y control de infecciones. El ECMO venoarterial puede representar una opción de rescate en pacientes con leucemia aguda e inestabilidad hemodinámica refractaria, siempre que exista un pronóstico oncológico favorable, una causa reversible de la falla orgánica y disponibilidad de manejo multidisciplinario especializado. Este caso evidencia que, con criterios de selección estrictos, la terapia puede permitir la recuperación clínica y la continuidad del tratamiento oncológico.

22 Endocarditis infecciosa con choque cardiogénico postoperatorio y ECMO-VA: complicaciones neurológicas en adulto joven y manejo en un centro de referencia cardiovascular regional de Colombia

Carlos Laverde Rodríguez; *Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Veronique Lárez; Alfonso Velandia; Alvaro Gallego Ojeda; Juan Diego Hoyos Gracia; Andrés F Torres Gutiérrez; Cristian Camilo Páez Cancelado*

Introducción:
La endocarditis infecciosa aórtica puede evolucionar a insuficiencia valvular grave y choque cardiogénico, con alta mortalidad. La terapia ECMO venoarterial (ECMO-VA) es un soporte extracorpóreo indicado en choque cardiogénico refractario, actuando como puente a recuperación o a decisiones terapéuticas avanzadas. Su uso requiere manejo en centros especializados y equipos multidisciplinarios debido a las complicaciones asociadas.

Materiales y Métodos:
Se revisó retrospectivamente el curso clínico de una mujer de 27 años hospitalizada en unidad cardiovascular, diagnosticada con endocarditis infecciosa aórtica complicada. Se analizaron datos clínicos, hemodinámicos, quirúrgicos, de soporte ECMO y evolución neurológica, aplicando las recomendaciones de monitorización perioperatoria, ecocardiografía y control estricto de coagulación descritas en el consenso SEDAR/SECCE.

Resultados:
La paciente presentó vegetaciones aórticas de 0.8–0.9 cm, insuficiencia aórtica severa y choque cardiogénico (SCAI C) con FEVI 18%. Fue sometida a reemplazo valvular aórtico por prótesis biológica N°21. En el postoperatorio desarrolló paro cardiorrespiratorio y fibrilación ventricular, instaurándose ECMO-VA femorofemoral con flujos iniciales de 60–65 ml/kg/min, ajustados según parámetros pre y postmembrana. Se evidenció mejoría hemodinámica inicial, seguidamente hemiplejia izquierda y transformación hemorrágica de un infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha, obligando a suspensión de anticoagulación. Posteriormente presentó neumonía multilobar, derrames pleurales y tormenta arrítmica, complicaciones descritas en ECMO. El pronóstico neurológico fue considerado ominoso. Las medidas correctivas instauradas permitieron ser dada de alta de la unidad de cuidado critico para rehabilitación integral.

Conclusiones:
La utililización de la ECMO-VA en nuestra institución, como soporte puente en endocarditis infecciosa complicada con choque cardiogénico refractario poscardiotomia, esta en línea con el consenso SEDAR/SECCE. El reconocimiento y tratamiento orientado por metas de las complicaciones neurológicas, respiratorios y hemorrágicas durante este soporte subrayan la importancia de la selección adecuada del paciente, monitorización avanzada y coordinación multidisciplinaria en centros especializados.

VÁLVULA AÓRTICA Y ASCENDENTE

23 Disección aórtica Stanford A y aneurisma de aorta ascendente en paciente con síndrome Turner y válvula aórtica bivalva

Juan Sebastián Martínez Buitrago; *Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Roberto Hernando Cruz Buitrago; Antonia Perilla Orduz; Andrés Felipe Camargo Abello*

Introducción:
El síndrome Turner tiene una alta incidencia de complicaciones cardiacas congénitas, la mayoría fallecen ante el compromiso del tracto de salida del ventrículo izquierdo o la hipoplasia aórtica. El 30% presentan válvula aórtica bicúspide y el 12% coartación aortica. Es la causa más común de disección y aneurisma en mujeres jóvenes. Su incidencia varia con la edad siendo 15/100.000 en menores de 20 años, 73-78 /100.000 entre los 20 – 40 años y 50/100.000 en mujeres mayores. Clínicamente se caracteriza por su presentación aguda, con dolor torácico, cervical, dorsal, incluso progresando a hemopericardio y taponamiento. El tratamiento quirúrgico es el pilar fundamental mediante el procedimiento de Bentall de acuerdo a la localización de la disección.

Materiales y Métodos:
Reporte de caso

Resultados:
Paciente de 35 años con antecedente de síndrome Turner, con 8 horas de dolor precordial, irradiado a región dorsal, intensidad 9/10, urente, asociado a disnea, emesis y lipotimia. Signos vitales TA: 86/37 TAM: 53 mmHg FC: 96 lpm FR: 20 rpm SAO2: 90% FIO2: 0.21. Se realiza angiotac de tórax con evidencia de aneurisma de la raíz aórtica de 55 mm y disección Stanford A que inicia en la raíz y se extiende hasta en origen de la arteria iliaca común derecha y en sentido superior hasta el tronco braquiocefálico. Durante intervención quirúrgica se evidencia aorta ascendente de 7 cm, con ruptura circular en la unión sinotubular, recuperando su diámetro a nivel del arco; válvula aórtica bivalva con fusión de las hojas derecha e izquierda. Hay disección de la arteria coronaria derecha con ruptura del lumen en un 40% de la circunferencia. Se hace reparación de la coronaria y se extrae un segmento de vena safena para hacer un bypass de ser necesario. Se hace cirugía de bentall con tubo valvulado mecánico de 21 mm. Salida de bomba con hemodinamia adecuada, adecuado estado eléctrico, buena contractilidad. Sangrado esperable por disección sin embargo sin lograr control total por sangrado en capa del anillo y a nivel de líneas de sutura. Se hace eco te por anestesia al final de la operación evidenciando adecuada contractilidad, con buen funcionamiento de la válvula aórtica, y sin insuficiencia mitral. Adecuada excursión de los discos, sin parafugas. Se hace empaquetamiento, posteriormente es llevada a un segundo tiempo quirúrgico a las 48 horas sin evidencia de sangrado residual, se realiza cierre esternal, posteriormente se da egreso a los 12 días de hospitalización ante adecuada evolución.

Conclusiones:
El síndrome de Turner presenta una alta incidencia de complicaciones cardiacas congénitas, siendo indispensable sospechar la presencia de disección y aneurisma aórtico en mujeres jóvenes con dolor torácico dado su alta morbimortalidad. El procedimiento de Bentall es el de elección en este tipo de pacientes.

24 Manejo híbrido complejo de aortopatía por arteritis de Takayasu: Thoralfex, cirugía de Bentall, cambio mitral y plastia tricúspídea.

Natalia Guzmán Arango; *Juan Camilo Rendón Isaza; Maribel Ocampo Muñoz; Simón Muñoz González; Elianny Cedano Agramonte*

Introducción:
La arteritis de Takayasu es una vasculitis inflamatoria crónica que compromete la aorta y sus principales ramas, con potenciales complicaciones cardiovasculares graves. Su manejo quirúrgico representa un reto debido al compromiso vascular extenso y la inflamación activa. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de arteritis de Takayasu que requirió cirugía cardíaca mayor con múltiples procedimientos combinados y posterior manejo endovascular, destacando la complejidad terapéutica y la necesidad de un enfoque multidisciplinario

Materiales y Métodos:
Masculino de 36 años con fenotipo marfanoide quien ingresa en choque cardiogénico INTERMACS 3 por falla cardíaca aguda descompensada de etiología valvular dado por insuficiencia valvular aórtica y mitral severas y tricuspídea moderada funcionales, cavidades severamente dilatadas; aneurisma desde la raíz aórtica hasta aorta ascendente y arco proximal con diámetro máximo de 10 cm, aneurisma del tronco braquiocefálico y subclavia izquierda trombosada y aneurismas saculares con calcificaciones en aorta toracoabdominal

Resultados:
Llevado a primer tiempo quirúrgico. Abordaje por esternotomía mediana con extensión cervical oblicua derecha. Se evidencia severa cardiomegalia global con hipokinesia de ventrículo izquierdo. Pared aórtica inflamada y engrosada desde la raiz. Canulación arterial axilar derecha, con conexión en Y a 2 cánulas de perfusión coronaria retrógrada para posteriormente realizar perfusión cerebral selectiva. Canuación bicava e hipotermia a 28°C. Cardioplejia Del Nido directa por ostium coronarios hasta arresto cardíaco. Se realiza cambio valvular mitral con prótesis biológica No. 33 y preservación del aparato subvalvular e implante de anillo tricuspídeo No. 30. Posteriormente Bentall flotante con tubo de Dacrón de 28mm y válvula aórtica biológica No. 23. Inicio de perfusión miocárdica continua a través de aguja de cardioplejia en el injerto de Dacron. Resección aórtica hasta zona III. Pinzamiento de vasos del cuello e inicio perfusión cerebral selectiva por carótidas y subclavia derecha. Oclusión del ostium de subclavia izquierda trombosada. Se pasa prótesis Thoraflex hacia la aorta descendente y se expande componente endovascular para luego ser fijado del collar de siena al borde aórtico distal. Perfusión distal por rama de perfusión del injerto. Anastomosis proximal de injerto de Dacron del Thoraflex al injerto previo del Bentall, despinzamiento del injerto y reperfusión miocárdica. Anastomosis secuencial de carótida izquierda, carótida derecha y subclavia derechas a las 3 ramas del Thoraflex previa sección del aneurisma del tronco braquiocefálico. Se termina perfusión cerebral selectiva y posterior a recalentamiento, salida de circulación extracorpórea. Cierre mediastinal diferido a las 24 horas. Evoluciona satisfactoriamente para completarse un segundo tiempo endovascular por acceso femoral e insertarse dos prótesis de 28 x 204mm y 30 x 155 mm en aorta descendente a los 8 días. No presenta complicaciones y es dado de alta a los 17 días de la primera intervención

Conclusiones:
El manejo de los pacientes con aortopatía secundario a arteritis de Takayasu y enfermedad plurivalvular puede requerir intervenciones complejas por lo que en este caso se resalta la importancia de una planificación quirúrgica individualizada, el uso de técnicas de protección cerebral, perfusión miocárdica continua y la intervención secuencial híbrida para optimizar los resultados. La colaboración entre equipos de cirugía cardiovascular, radiología intervencionista es clave para mejorar el pronóstico en estos pacientes complejos

25 Preservación valvular en el síndrome de Marfan fuera de los grandes centros: Estrategia alternativa al reemplazo valvular en cirugía cardíaca

Víctoria Eugenia Martínez González; *Vanessa Duque Correa; Juan Fernando Galvis Clavijo; Jorge Andrés Hurtado Mayor; Laura Johana Hurtado Mayor; Diego Omar Torres Serrato; Adriána Patricia González Arévalo*

Introducción:
El síndrome de Marfan (SM) es una enfermedad genética del tejido conectivo, con alta morbimortalidad cardiovascular, especialmente por dilatación de la raíz aórtica y disección tipo A. El reemplazo valvular tipo Bentall ha sido el estándar quirúrgico, aunque conlleva anticoagulación crónica. La cirugía de preservación valvular tipo David (Valve-Sparing Aortic Root Replacement, VSRR) ofrece una alternativa eficaz al conservar la válvula aórtica nativa, reducir riesgos asociados al tratamiento anticoagulante y mejorar la calidad de vida, especialmente en pacientes jóvenes. Sin embargo, su adopción en América Latina sigue siendo limitada y concentrada en centros urbanos de alta complejidad.

Materiales y Métodos:
Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 38 años con SM y antecedentes familiares de alto riesgo, remitido por hallazgo incidental de dilatación severa de la raíz aórtica (senos de Valsalva de 52 mm) sin disección. El equipo multidisciplinario de una institución regional del eje cafetero indicó cirugía electiva. Se realizó un VSRR tipo David, que incluyó reemplazo de la raíz aórtica y aorta ascendente con injerto de Dacron No. 32, reimplante de ostiums coronarios y cierre de una comunicación interauricular tipo ostium secundum.

Resultados:
El procedimiento se completó sin complicaciones intraoperatorias. Cuatro semanas después, el paciente presentó dolor torácico por derrame pleural izquierdo residual, tratado exitosamente con drenaje. El seguimiento clínico y ecocardiográfico evidenció función valvular normal, sin progresión distal de la aortopatía ni necesidad de anticoagulación. El paciente se reincorporó plenamente a sus actividades sin limitaciones funcionales.

Conclusiones:
Aunque la técnica David es altamente demandante, ha demostrado excelentes resultados en centros especializados, con altas tasas de supervivencia y menor necesidad de reintervención. Este caso confirma que, con equipos entrenados, su implementación es factible en regiones intermedias como el Eje Cafetero. Además, resalta la importancia del diagnóstico temprano, la tamización familiar y un abordaje quirúrgico integral, incluso en pacientes con hallazgos anatómicos complejos y antecedentes hereditarios severos.
Conclusiones
La cirugía de preservación valvular tipo David es una opción segura y efectiva fuera de los grandes centros. Preserva la válvula nativa, evita la anticoagulación crónica y mejora significativamente la calidad de vida. Este caso respalda su adopción en entornos regionales cuando se cuenta con equipos capacitados y protocolos adecuados.

VÁLVULA MITRAL, TRICÚSPIDE Y ARRITMIAS

26 **Insuficiencia mitral aguda como consecuencia de osteosarcoma metastásico auricular izquierdo con reemplazo valvular mecánico exitoso**

Juan Sebastián Martínez Buitrago; *Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Roberto Hernando Cruz Buitrago; Diego Julián González Sandoval; Andrés Felipe Camargo Abello*

Introducción:
Los tumores cardíacos son patologías infrecuentes, en su mayoría de origen metastásico, con incidencia variable 2.3 - 18.3%, asintomáticos en el 90%, en caso de síntomas estos varían dependiendo de su localización pudiendo cursar con derrame pericárdico, falla cardiaca, arritmias o disfunción valvular. Los subtipos más asociados son mesotelioma (48.4%), adenocarcinoma pulmonar (15.5%), carcinoma pulmonar de células escamosas, carcinoma de seno (15.5%), entre otros. Su mecanismo de diseminación se produce por vía hematógena, linfática, contigüidad y extensión venosa retrograda. El pronóstico es desfavorable con alta mortalidad dado el estadio avanzado de la patología de base. El tratamiento consiste en el manejo oncoespecífico del tumor primario y el manejo paliativo mediante radioterapia, quimioterapia o terapia biológica. La resección quirúrgica se reserva ante la refractariedad de síntomas o compromiso hemodinámico severo.

Materiales y Métodos:
Reporte de caso

Resultados:
Hombre de 24 años con antecedente de taquicardia supraventricular con ablación en dos ocasiones. Refiere 10 meses de dolor en reja costal izquierda, de carácter pleurítico, constante, intensidad variable, disnea, palpitaciones, diaforesis, pérdida progresiva de peso 10 Kg. Se realiza troponina T y dimero D positivos, EKG sin cambios del ST, angiotac negativo para TEP sin embargo con defecto de llenamiento auricular y ventricular izquierdo, opacidades en vidrio esmerilado y lesiones líticas en 5° arco costal. Eco TE con masa auricular izquierda de 5 * 4 cm, dependiente del septum interauricular, multilobulada que se extiende a través de la válvula mitral prolapsando al ventrículo izquierdo generando insuficiencia mitral severa, FEVI 59%. Es llevado a intervención quirúrgica evidenciando lesión de aspecto tumoral de 10 cm, friable, contornos mixtos, algunos delimitados y otros que infiltran la pared auricular, anclada al techo de la aurícula izquierda, comprometiendo la entrada de la vena pulmonar superior derecha, se extiende por las cuerdas tendinosas con otra masa lobulada hasta uno de los músculos papilares. La válvula mitral se encuentra engrosada y comprometida, evidenciando insuficiencia severa con el anillo severamente dilatado. Se extrae la masa fraccionada en dos segmentos, fulgurando segmentos adheridos a la pared, se reseca la válvula y cuerdas tendinosas comprometidas, se implanta válvula mecánica Saint Jude 31 mm y se reconstruye el septum interauricular con pericardio autólogo. A salida de circulación extracorpórea evidencia de bloqueo AV completo con requerimiento de marcapaso transitorio. Presenta evolución postoperatoria favorable, con egreso posterior, el reporte de patología informa tumor maligno de alto grado sarcoma con diferenciación osteosarcomatosa, estudios de extensión informan compromiso poliostótico en cabeza humeral derecha, sexto arco costal y región intertrocantérica del fémur izquierdo, posterior inicio de radioterapia de manera ambulatoria y continuidad de estudios de inmunohistoquímica.

Conclusiones:
A pesar de su baja incidencia los tumores metastásicos cardiacos pueden cursar con síntomas graves que amenacen la vida del paciente y requieran de intervención quirúrgica oportuna asociado al manejo oncoespecífico posterior que logre mejores tasas de sobrevida.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES / ORIGINALES

ARCO AÓRTICO DESCENDENTE Y TORACOABDOMINAL

27 **Reparo quirúrgico de aneurisma de tronco pulmonar: A propósito de un caso.**

Milena Espinel; *Santiago Castaño*; *Paula Botero*

Introducción:
El aneurisma del tronco de la arteria pulmonar (AAP) es una entidad rara, poco frecuente, clínicamente relevante solo cuando su diámetro excede los 5cms. Su etiología es diversa, incluyendo causas congénitas, infecciosas, inflamatorias y traumáticas. El riesgo de ruptura y complicaciones hemodinámicas hace necesario el manejo quirúrgico en ciertos casos, aunque su manejo aun es controversial, incluyendo terapias desde la observación hasta intervenciones incluyendo arterioplastia, reconstrucción arterial utilizando parches de pericardio, injertos sinteticos con o sin cambio valvular.

Materiales y Métodos:
Se presenta el caso clínico de una mujer de 53 años sin antecedentes médicos relevantes, quien fue programada para una Herniorrafia inguinal. Durante la valoración preoperatoria se identificó una masa mediastinal en radiografía de tórax, se complementan estudios encontrando en tomografía de tórax aneurisma de tronco pulmonar de 60 x 52 mm, durante el interrogatorio refiere sensación de disnea, astenia, dolor torácico irradiado a región interescapular, de varios meses de evolución. Dado tamaño y sintomatología descrita, se decide llevar a manejo quirúrgico, buscando reducir el riesgo de complicaciones como tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar y ruptura aneurismática.

Resultados:
Se realizan estudios prequirúrgicos, encontrando en ecocardiograma fracción de eyección conservada, válvula pulmonar estructuralmente normal con anillo de 44mm. Cateterismo con presiones pulmonares normales, arterias epicardicas sin lesiones angiográficas. Paciente es llevada a manejo quirúrgico, durante el cual se evidencia aneurisma del tronco pulmonar de 6cms, sin dilatación de cavidades cardiacas. Se realiza corrección por esternotomia con protocolo de circulación extracorpórea de la institución, aneurismectomia identificando válvula pulmonar sana, se reseca la pared anterior del saco aneurismático y se realiza plastia anterior del mismo extendiéndose hasta la rama izquierda. Paciente llevada a manejo postoperatorio en unidad, extubación programada a las 12 horas satisfactoria, estancia en unidad durante 24 horas para vigilancia y monitorización hemodinámica, posterior egreso tras 6 días de hospitalización.

Conclusiones:
El manejo quirúrgico del aneurisma del tronco de la arteria pulmonar continúa siendo controversial, dado su rareza en presentación, se acepta este principalmente en aneurismas mayores de 55-60mm, síntomas compresivos, crecimiento progresivo o evidencia de complicaciones. La elección de la técnica quirúrgica depende de la localización, extensión del aneurisma y la anatomía individual del paciente. Durante este caso la resección aneurismática y reconstrucción mediante plastia arterial permitió conservar la anatomía vascular sin necesidad de prótesis, lo cual disminuye los riesgos trombogénicos o infecciosos a largo plazo. Con un adecuado seguimiento postoperatorio se evalúa y detecta de manera temprana estenosis, dilataciones residuales o complicaciones neurológicas derivadas del procedimiento

28 **Trompa de Elefante Congelada: Una herramienta eficaz en el manejo quirúrgico del cayado aórtico.**

Antonio Sierra; *Johiner Jahir Vanegas Antolínez*; *Lorena Montes Villalobos*; *Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción:
El manejo quirúrgico del cayado aórtico es uno de los mayores retos en cirugía cardiovascular, asociado a alta morbi-mortalidad perioperatoria. La trompa de elefante convencional, descrita por Borst et al., permitió abordar la aorta distal en dos tiempos, pero con cirugías agresivas y alto riesgo. La trompa de elefante congelada (FET) y las prótesis híbridas, como e-Vita (JoTec) y Thoraflex (Terumo), facilitan la resolución en un solo tiempo o establecen una plataforma para intervenciones endovasculares posteriores. En Colombia, su uso ha sido limitado por costos y baja casuística en centros de menor volumen. La Fundación Cardiovascular de Colombia inició la técnica en mayo de 2021, ampliando sus indicaciones. Este estudio describe la experiencia inicial y resultados del uso de FET en patología compleja del cayado aórtico en un centro de alto volumen.

Materiales y Métodos:
Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes sometidos a reemplazo de cayado aórtico con FET entre mayo de 2021 y agosto de 2025. Se incluyeron 30 casos con enfermedad aórtica crónica o síndromes agudos, tratados con prótesis híbridas Thoraflex o eVita-open. Se recopilaron características clínicas, datos intraoperatorios y desenlaces. el objetivo principal es definir desenlaces postoperatorios tempranos incluidas mortalidad, además supervivencia y libertad de intervención (endovascular y abierta) en el mediano plazo.. El seguimiento incluyó consulta externa o contacto telefónico, estudios de imagen y evaluación clínica.

Resultados:
De los pacientes intervenidos, 5 (16,6%) fueron reintervenciones, 3 (10%) presentaban ACV previo. 3 (10%) EPOC, y 4 13,3 IRC. 8 (26,6%) fueron intervenidos en emergencia. El EuroScore 17,01 +/- 14,0. En el postoperatorio se presentaron 2 (6,6%) reintervenciones por sangrado, 2 (6,6%) requirieron soporte circulatorio con ECMO, 4 (13,3%) requirieron diálisis. se presentaron 8 (26,6%) ACV de los cuales 4 (13,3%) se clasificaron NO incapacitantes, 3 (10%) se clasificaron con incapacitantes (2 de ellos llevaron al fallecimiento) y 1 no fue clasificado por no cumplir 90 días a la fecha de corte del estudio. Se presentaron 3 fallecimientos en el seguimiento para uno supervivencia al año del 85,7% (CI 95%: 73,6% - 99,9%) y a los 3 años de 73,7% (CI 95%: 56,7% - 95,7%). 7 pacientes tuvieron una segunda intervención, todas ellas con carácter programadas y por vía endovascular, la libertad de reintervención al año fue de 85,7% (CI 95%: 73,7% - 99.7%), y a los 3 años de 68,1% (CI 95%: 50,3% - 92,1%)

Conclusiones:
La experiencia inicial demuestra que la técnica FET es factible y segura para patología compleja del cayado aórtico, teniendo en cuenta el contexto desfavorable de la historia natural de la enfermedad. Aunque las complicaciones neurológicas con consecuencias en la capacidad funcional estan en el rango de complicaciones reportadas por otros grupos, estos resultados muestran la necesidad de estrategias avanzadas en la protección cerebral en patologia del cayado aortico

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ADULTOS

29 **Desenlaces de la terapia ECMO postcardiotomía en pacientes pediátricos. Experiencia inicial de un centro regional de referencia cardiovascular en Colombia.**

Cristian Camilo Páez Cancelado; *Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Veronique Lárez; Oscar Javier León Guerra; Alfonso Velandia; Eleazar González Angarita; Darío Robles Carrillo; Andrés F Torres Gutiérrez; Alvaro Gallego Ojeda; Steven Verga*

Introducción:
La terapia de Oxigenación con Membrana Extracorpórea (ECMO) en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas tras cirugía cardíaca, es una terapia en expansión en países de Latinoamérica con bajos y medianos ingresos. El impacto de su utilización está condicionado por la fisiología de la cardiopatía congénita , la complejidad de la cirugía y las complicaciones durante el soporte. Este estudio describe las características clínicas, quirúrgicas y la morbimortalidad de los pacientes pediátricos sometidos a ECMO postcardiotomia en un centro de cuarto nivel de referencia regional en Colombia.

Materiales y Métodos:
Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal, que incluyó pacientes con cardiopatía congénita sometidos a cirugía cardíaca y soporte ECMO posoperatorio entre 2016-2025. Se recopilaron registros electrónicos de datos demográficos, quirúrgicos, de la terapia ECMO. Se calcularon frecuencias absolutas, porcentajes y análisis entre variables con pruebas estadísticas no paramétricas y Chi-cuadrado.

Resultados:
Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 1,91 años; el grupo etario más frecuente fue el de lactantes con 20 pacientes (45,4%), seguido de neonatos con 12 (27,3%), escolares 6 (13,6%), preescolares 5 (11,4%) adolescentes 1 (2,3%). El tiempo medio de circulación extracorpórea (CEC) fue de 245,9 minutos y el clamp aórtico de 117,1 minutos. Todos recibieron ECMO veno-arterial. La duración media del soporte fue de 7,55 días. El 88.6% presentó complicaciones, siendo la reintervención por sangrado la más frecuente; el 63.7% tuvo más de una complicación, sin asociación significativa con mortalidad (p=0,66).La mediana de días en ECMO fue de 3,5 para los no supervivientes y 6,0 para los sobrevivientes (p=0,088). La fisiología univentricular presentó la mayor mortalidad (87,5%) mientras que la fisiología biventricular (33,3%; con duración mediana en terapia ECMO de 7.2 días). La mortalidad durante la terapia de ECMO fue de 50.1% y la mortalidad post-decanulación temprana (<48h) del 2,27%. La sobrevida al alta o traslado fue del 25,4%.La disfunción ventricular izquierda fue la indicación más frecuente (82.3%).

Conclusiones:
La terapia ECMO postcardiotomia en cardiopatías congénitas pediátricas se ha implementado en Colombia de forma factible en los centros de referencia cardiovascular a pesar de las limitaciones técnicas y de recursos. La experiencia inicial de nuestro centro contribuye al desarrollo e implementación de esta terapia en el manejo quirúrgico de cardiopatías congénitas complejas en centros regionales.

CORONARIAS

30 **Cirugía de revascularización coronaria con y sin circulación extracorporea en pacientes con disfunción ventricular severa: ¿Evitamos la bomba?**

Lorena Montes Villalobos; *Johiner Jahir Vanegas Antolínez; María Alejandra Gómez Gutiérrez; Angie Paola Ruiz Fajardo; Edgar Fabián Manrique Hernández; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción:
La cirugía de revascularización coronaria sin circulación extracorporea teoricamente provee un efecto protector para algunos grupos de pacientes, al evitar la manipulación de la aorta y el trauma asociado al "bypass" cardiopulmonar. Específicamente los pacientes con disfunción ventricular severa tienen un miocardio afectado con minima tolerancia a la isquemia, así como otras comorbilidades secundarias a el estado de hipoperfusión cronico. Un panorama frecuente en paises de ingreso medio, donde el diagnóstico y la terapia inoportuna desencadenan la progresión de esta enfermedad. En este orden de ideas, los pacientes con disfunción ventricular severa, especialmente frecuentes en nuestro medio, podrían beneficiarse de la cirugía de revascularización coronaria sin circulación extracorporea. El objetivo de este estudio es analizar las variables clinicas, perioperatorias y de seguimiento en los pacientes con disfunción ventricular severa sometidos a revascularización miocardica con y sin circulación extracorporea.

Materiales y Métodos:
Estudio retrospectivo de cohortes en pacientes llevados a revascularización coronaria entre 2009 y 2023. Los pacientes se dividieron en dos grupos: con circulación extracorporea y sin circulación extracorporea. Se realizó un pareamiento por puntaje de propensión mediante 18 variables preoperatorias para garantizar comparaciones balanceadas. El seguimiento se efectuó mediante contacto telefonico, con previa obtención de consentimiento verbal. El estudio contó con la aprobación del Comité Técnico Científico y el Comité de Ética de nuestra institucion

Resultados:
367 pacientes fueron incluidos en total, entre los cuales 107 sin circulación extracorporea (29.16%) y 260 con circulación extracorporea (70.84%). Luego del pareamiento se incluyeron 72 pacientes a cada grupo para el análisis. Las complicaciones postoperatorias se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de circulación extracorporea comparado con el grupo sin circulación extracorporea, de la siguiente manera: reintervención por sangrado 3 a 1 (4.17% vs 1.39%, p= 0.62), delirium 10 a 6 (13.89% vs 8.33%, p=0.427), evento cerebrovascular 4 a 0 (5.56% vs 0%, p= 0.043), mediastinitis 1 a 0 (1.39% vs 0%, p=1), fibrilación auricular 16 a 6 (22.22% vs 8.33%, p= 0.035) y falla renal aguda 4 a 2 (5.56% vs 2.78%, p= 0.340). La mortalidad intrahospitalaria fue de 5 pacientes (6.94%) en el grupo de circulación extracorporea comparado a 2 pacientes (2.78%) en el grupo sin circulación extracorporea, con diferencia estadisticamente significativa (p= 0.044). La probabilidad de sobrevida a 30 días fue del 96.85% (95% CI: 87.98%–99.20%) en el grupo sin circulación extracorporea y de 94.16% (95% CI: 85.16%–97.77%) en el grupo con circulación extracoporea, sin diferencia estadisticamente significativa. A 10 años de seguimiento la probabilidad de sobrevida fue de 42.68% (95% CI: 13.30%–69.82%) en el grupo sin circulación extracorporea comparado con 53.44% (95% CI: 30.97%–71.53%) en el grupo con circulación extracoporea, sin diferencia estadisticamente significativa.

Conclusiones:
La cirugía de revascularización coronaria sin circulación extracorporea se asocia con menor morbimortalidad temprana en pacientes con disfunción ventricular severa.

31 **Desenlaces clínicos de los pacientes con fracción de eyección reducida llevados a cirugía de revascularización miocárdica**

Isabella Roa Bastidas; *Nicolás Núñez Ordóñez; Sara Cifuentes Navarrete; Lina Ramírez Jiménez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Carlos Eduardo Obando López; Tomás Chalela Hernández; Néstor Sandoval Reyes; Andrés Felipe Jiménez; Julián Senociaín González; Jaime Camacho Mackenzie*

Introducción:
La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es un marcador pronóstico clave en pacientes con enfermedad coronaria. Aquellos con FEVI reducida (FEVIr) constituyen un subgrupo de mayor riesgo, con mayor carga de comorbilidades. Si bien es claro el beneficio de la cirugía de revascularización miocárdica en esta población, especialmente en presencia de viabilidad miocárdica, la evidencia también ha mostrado que estos pacientes presentan mayor mortalidad y complicaciones postoperatorias en comparación con aquellos con FEVI preservada (FEVIp).
En este estudio se comparan los desenlaces clínicos de pacientes con FEVI reducida vs conservada llevados a revascularización miocárdica aislada de primera vez, tras ajuste por diferencias basales mediante técnicas epidemiológicas y score de propensión.

Materiales y Métodos:
Estudio retrospectivo. Se describen los desenlaces clínicos tempranos de todos los pacientes llevados a revascularización miocárdica (2016 a 2025) de acuerdo a la FEVI preoperatoria. Se crearon puntajes de propensidad (PS) para las comparaciones entre grupos.

Resultados:
Se incluyeron 1761 pacientes en el análisis (285 con FEVIr vs 1476 con FEVIp). La mediana de edad fue de 66 (59-72) años. Los pacientes con FEVIr tenían mayor carga de comorbilidades y puntuaciones EuroSCORE más altas. Asimismo, presentaron con mayor frecuencia infarto agudo de miocardio reciente (67% vs. 53%). Más del 99% de los pacientes en ambos grupos recibió injerto de arteria mamaria interna. El uso de arteria radial fue más común en el grupo con FEVIp (9.3% vs. 6.7%), mientras que la cirugía sin circulación extracorpórea fue más frecuente en los pacientes con FEVIr (11% vs. 8%). Las complicaciones postoperatorias —incluyendo neumonía, requerimiento de diálisis, rehospitalización, mortalidad e infección del sitio operatorio profunda— fueron más frecuentes en el grupo con FEVIr. Sin embargo, tras el análisis por puntaje de propensión, las únicas diferencias significativas persistentes fueron el mayor requerimiento de transfusiones y una estancia hospitalaria prolongada en este grupo. Tampoco hubo diferencias en la mortalidad entre grupos.

Conclusiones:
Estos resultados muestran que los pacientes llevados a RVM con FEVI reducida presentan un perfil clínico de mayor riesgo al momento de ser llevados a cirugía dado por mayor prevalencia de comorbilidades. Sin embargo, el análisis ajustado por propensity score en una amplia cohorte de pacientes sugiere que la FEVIr no fue un predictor independiente de desenlaces adversos duros. De este modo se resalta la importancia de la optimización preoperatoria para ofrecer una intervención exitosa y segura a este grupo de pacientes.

32 **Discriminación y calibración del EuroSCORE II según el sexo en cirugía de revascularización miocárdica: un estudio del mundo real.**

Javier Darío Maldonado Escalante; *Valentina Pérez Acosta; Germán Ricardo Molina Marroquín; Juan David Acosta Peláez; Héctor Olaya; Kevin Maldonado Cañón*

Introducción:
Desde su introducción en 2011, el uso del EuroSCORE II ha sido ampliamente extendido a nivel mundial; sin embargo, se ha reportado una sobreestimación de la mortalidad, especialmente en pacientes de bajo riesgo y cirugías electivas. Por otro lado, los análisis específicos por sexo demuestran una discriminación menor en mujeres en comparación con hombres, si bien es aceptable. Hasta la fecha, no existen estudios en Colombia que evalúen su desempeño específico por sexo en cirugía de revascularización miocárdica. Este estudio busca validar su discriminación y calibración, aportando evidencia para optimizar la predicción de riesgo, orientar decisiones clínicas y reducir disparidades por sexo.

Materiales y Métodos:
Se presenta un estudio de cohortes retrospectivo, en condiciones del mundo real de pacientes adultos llevados a cirugía de revascularización coronaria aislada entre 2008 y 2023 en una institución de Bogotá, Colombia. Se excluyeron aquellos con antecedentes de cirugía cardíaca previa o con requerimiento de cirugía de urgencia. Se realizó una descripción por sexo de los datos clínicos y desenlaces extraídos de las historias clínicas. La calibración se evaluó mediante gráficos con curvas suavizadas por LOESS que compararon la mortalidad observada frente a la predicha por el EuroSCORE II, estratificando por sexo. La capacidad discriminativa se analizó con curvas ROC y el área bajo la curva (AUC) para hombres y mujeres, comparándolas mediante la prueba de DeLong.

Resultados:
Se incluyeron 1.885 pacientes. 26% fueron mujeres (n=487) con una edad mayor (67,8 vs 64,9; p=0,001), una FEVI más alta (53,7 vs 51,7; p=0,001) y un EuroSCORE II más alto (4,8 vs 3,5; p=0,001). Con un promedio de 7 años de seguimiento, no se encontraron diferencias significativas por sexo en la mortalidad perioperatoria (M 0,4 vs. H 0,1; p=0,269), ni en la supervivencia a 1 (M 95,4 vs. H 95,6%; p=0,287) y 5 años (M 84,7% vs. H 84,6%). En las mujeres, el EuroSCORE II sobrestimó la mortalidad a 30 días, particularmente en las categorías de riesgo moderado a alto. En hombres mostró una mejor calibración; sin embargo, para riesgos predichos elevados también hubo una ligera sobreestimación. El AUC fue mayor en los hombres, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (0,78 vs 0,74; p=0,512).

Conclusiones:
La supervivencia temprana y a mediano plazo de nuestro estudio se encuentra dentro de los rangos reportados internacionalmente, a pesar del elevado riesgo preoperatorio calculado por EuroSCORE II. Aunque el EuroSCORE II mostró una discriminación aceptable tanto en hombres como en mujeres, presentó una descalibración específica por sexo, con una sobreestimación del riesgo particularmente marcada en mujeres. Los valores del AUC fueron inferiores al umbral habitualmente esperado para herramientas de apoyo en decisiones clínicas de alto impacto, lo que indica una discriminación subóptima. Resaltamos una necesidad y recomendamos dirigir estrategias hacia la adaptación y recalibración local del modelo con el fin de mejorar su precisión predictiva, especialmente en el contexto latinoamericano y colombiano.

33 **Infarto por Hipersensibilidad: A Propósito de un Caso de Síndrome de Kounis Tipo III**

Sergio Felipe Gómez Olarte; *Emiliano Zuleta Housni; Luis Areiza*

Introducción:
El síndrome de Kounis es una entidad clínica que representa la interacción entre reacciones alérgicas y eventos coronarios agudos. Se caracteriza por la activación de mastocitos en respuesta a alérgenos, hipersensibilidad o anafilaxia, lo que conduce a la liberación de mediadores inflamatorios con potencial efecto cardiovascular.
A pesar de su relevancia clínica, el síndrome de Kounis continúa siendo subdiagnosticado. Su prevalencia exacta permanece incierta, aunque estudios recientes sugieren una incidencia creciente. La falta de sospecha en la práctica clínica diaria contribuye a su subregistro, a pesar de su morbilidad significativa.

Materiales y Métodos:
Se presenta un caso de un paciente masculino de 71 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2, artritis reumatoide, parálisis de Bell y miocardiopatía isquémica secundaria a enfermedad coronaria con colocación previa de stent (anatomía desconocida), quien consultó por dolor torácico intenso de una hora de evolución, posterior a la ingesta accidental de diclofenaco, alérgeno conocido. El electrocardiograma mostró elevación del ST en derivaciones inferiores. Se administraron corticosteroides y antihistamínicos. Tras confirmar infarto agudo de miocardio, se realizó ICP temprana
La angiografía coronaria reveló una lesión proximal del 70% y trombosis intrastent que ocluía el 50% de la luz de la arteria coronaria derecha, hallazgos consistentes con un síndrome de Kounis tipo III (Figura 1). Se recomendó la inhibición de la agregación plaquetaria con tirofibán durante 18 horas y se planeó una angioplastia en una segunda etapa.
Se realizó una ecocardiografía transtorácica, sin evidencia de alteraciones en la contractilidad o valvulopatias, con una fracción de eyección ventricular izquierda preservada del 67%.
Durante la recuperación, se observó edema uvular y orofaríngeo; la evaluación por otorrinolaringología confirmó etiología alérgica sin compromiso de la vía aérea, por lo que se continuó el tratamiento con antihistamínicos y corticosteroides intravenosos (Figura 2).
Posterior a la infusión de tirofibán, se realizó la intervención coronaria percutánea en segunda etapa. Incluyó angioplastia con balón medicado sobre la arteria coronaria derecha para tratar la reestenosis intrastent (Figura 3A), seguida de la implantación de un stent medicado en el segmento medio de la ACD (Figuras 3 B, C y D).

Resultados:
La fisiopatologia del sindrome de Kounis implica vasoespasmo coronario, ruptura de placa y trombosis, desencadenados por la liberación súbita de mediadores inflamatorios durante reacciones de hipersensibilidad. En el caso presentado, la exposición alérgica al diclofenaco precedió la elevación del segmento ST, lo que sugiere un síndrome de Kounis tipo III.

Conclusiones:
El síndrome de Kounis sigue siendo infradiagnosticado y debe considerarse desde el inicio como diagnóstico diferencial del dolor torácico. Se deben reconocer sus diversos desencadenantes, como picaduras, fármacos, alimentos y otras sustancias que activan mastocitos. En este caso, una reacción alérgica a AINEs provocó vasoespasmo coronario e infarto agudo de miocardio.

34 **Puentes miocárdicos diagnosticados por arteriografía en la Orinoquía colombiana. Estudio retrospectivo y revisión de casos en la literatura**

Julio César Velasco Castro; *Mario Nicolás Ayala; Fredy Alexander Ramírez Jara; Alwis Jeaniell Vega Cataño; Carlos Daniel Díaz Betancourt; Luis Carlos Avellaneda Curcho; Mónica Liseth Holguín Barrera; Cristian Ferney Carrillo Pinzón; Lorena García Agudelo*

Introducción:
El puente miocárdico es una anomalía congénita caracterizada por la presencia de un segmento intramiocárdico de la arteria coronaria. Esta condición fue considerada durante mucho tiempo una anomalía benigna, sin embargo, se ha demostrado su asociación con eventos isquémicos cardiacos. La prevalencia del PM varía significativamente según el método diagnóstico utilizado. La prevalencia oscila entre 2-6% mediante angiografía, 19-22% por angiotomografía (ACTC) y hasta un 33-42% en autopsias.

Materiales y Métodos:
Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron retrospectivamente 2500 coronariografías realizadas entre enero 2019 y enero 2025 en un centro de hemodinamia de la Orinoquia Colombiana. Se excluyeron los pacientes sin PM. Se descartaron en total 2470 informes, quedando 30 pacientes con PM los cuales fueron incluidos para el desarrollo de este estudio. Además, se desarrolló una revisión de los casos publicados en la literatura científica.

Resultados:
Todos los pacientes fueron evaluados mediante coronariografías sin presentar complicaciones. La prevalencia
de los PM en la Orinoquia colombiana fue del 1,2%. Se evidenciaron 30 casos de puente muscular. La media de edad fue de 62,53 (DE 11,94 años), con un rango de edad entre 35 a 82 años. El 66,66% fueron hombres y el 33,33% mujeres. El 83,33% eran procedentes del área urbana, y el 16,67% del área rural.
El análisis de los casos publicados evidenció que la media de edad es de 43,37 años; Las manifestaciones clínicas asociadas con el PM incluyeron el dolor torácico en el 22,64%, el 28,30% afirmó haber cursado con angina inestable y el 32,07% con infarto agudo de miocardio (IAM) (20,75% con IAM con elevación del ST y 11,32% sin elevación del ST).

Conclusiones:
La prevalencia de los PM está directamente relacionada con la disponibilidad y calidad de los estudios diagnósticos. Se observó una asociación significativa entre los factores demográficos, las comorbilidades y la presencia de PM. En el 100% de la población analizada se identificó al menos un evento de dolor torácico, angina y/o síndrome coronario con arterias coronarias no obstructivas, así como episodios de isquemia miocárdica transitoria atribuibles al fenómeno de ordeño y/o desarrollo de arritmias letales asociadas. Las características anatómicas de los PM se fueron consistentes con lo descrito en la literatura, siendo la arteria descendente anterior la arteria más comprometida.

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

35 Avances en Modelos Predictivos para Trasplante Cardíaco: Precisiones y Desafíos

Javier Darío Maldonado Escalante; *Kevin Maldonado; Natalia Johnson Arciniegas; Juan Andrés Sarmiento; Nicolás Forero Ramírez; Sergio Felipe Gómez Olarte; Germán Ricardo Molina Marroquín; Juan David Acosta Peláez; Héctor Olaya*

Introducción:
Los modelos predictivos en cirugía cardiovascular, especialmente en trasplante cardíaco, son herramientas esenciales para optimizar resultados clínicos. Su implementación permite anticipar complicaciones como rechazo del injerto, fallo orgánico y mortalidad, aspectos críticos donde los métodos tradicionales pueden tener limitaciones significativas. La complejidad de los perfiles de receptores (edad avanzada, múltiples comorbilidades) y la escasez de donantes exigen modelos más precisos. Esta revisión aborda el vacío en la literatura sobre la validación de algoritmos de inteligencia artificial (IA) y su aplicabilidad clínica real.

Materiales y Métodos:
Se realizó búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scopus (años 2020-2024), utilizando combinaciones de términos como "modelos predictivos" o "inteligencia artificial" junto a "trasplante cardíaco" o "cirugía aórtica", y añadiendo "validación clínica" o "implementación práctica".

Resultados:
Los modelos basados en inteligencia artificial han demostrado superioridad predictiva frente a sistemas tradicionales en la identificación de rechazo post-trasplante y complicaciones graves. Sin embargo, aún presentan barreras sistemáticas importantes relacionados con validación limitada en diversos contextos, presencia de sesgos en los algoritmos, y dependencia de recursos técnicos complejos.

Conclusiones:
La IA emerge como herramienta transformadora para personalizar el manejo post-trasplante. Modelos como análisis automatizado de imágenes mediante deep learning y sistemas híbridos clínico-genómicos demostraron alta precisión predictiva. Sin embargo, su impacto requiere: 1) Validaciones multicéntricas, 2) Mitigación de sesgos algorítmicos, y 3) Integración de variables dinámicas. La IA supera métodos tradicionales, pero necesita marcos éticos, soluciones accesibles y estandarización.

36 Identificación de dificultades técnicas en la simulación del procedimiento de David en corazón porcino con aorta autóloga: experiencia en residentes de cirugía general

Sebastián Forero Escobedo; *Sandra Milena González Rodríguez; Alberto Muñoz Hoyos*

Introducción:
El procedimiento de David es una técnica compleja de preservación valvular aórtica que requiere alta destreza técnica, especialmente en la reimplantación coronaria y la preservación de la competencia valvular. La simulación con modelos porcinos ofrece una plataforma accesible para entrenar pasos críticos. Este estudio evaluó las principales dificultades técnicas encontradas por residentes de cirugía general durante la ejecución del procedimiento de David en un modelo porcino con aorta autóloga como conducto.

Materiales y Métodos:
Estudio prospectivo experimental en 25 residentes (R2–R4) de cirugía general sin experiencia previa en cirugía aórtica. Cada participante realizó el procedimiento de David en un corazón porcino ex vivo, utilizando un segmento de aorta autóloga del mismo modelo como conducto. Se evaluaron seis pasos críticos mediante checklist estructurado y escala global OSATS:
Disección de la raíz aórtica.
Suturas anulares y fijación del conducto.
Reimplantación de la válvula nativa.
Reimplantación de coronarias.
Coaptación de velos valvulares.
Prueba hidrostática de competencia.
Se registraron errores críticos (sí/no), tiempo por paso, necesidad de intervención del tutor y éxito final del procedimiento. Dos evaluadores independientes valoraron vídeos de forma ciega.

Resultados:
La media de edad de los residentes fue 28,4 ± 1,9 años; 60 % R3, 24 % R2 y 16 % R4.
Tiempo total: 72 ± 15 min (rango 55–102).
Errores por paso:
Disección de la raíz: 12 % (n=3) presentaron desgarros menores.
Suturas anulares/conducto: 20 % (n=5) requirieron recolocación de >=1 sutura.
Reimplante coronario: 64 % (n=16) presentaron al menos un error crítico (mal ángulo, tensión excesiva o torsión del botón coronario).
Coaptación de velos: coaptación exitosa en 56 % (n=14); fallos debidos a desalineación de comisuras (n=7) o suturas anulares excesivamente tensas (n=4).
Prueba hidrostática: competencia satisfactoria en 48 % (n=12); las principales causas de fuga fueron dehiscencia coronaria (n=6) y mala coaptación (n=5).
Necesidad de intervención del tutor: promedio 2,3 ± 1,1 intervenciones por procedimiento; más frecuente en el reimplante coronario (84 % de los casos con errores).
Puntuación OSATS global: media 3,1/5 (rango 2,2–4,2), con puntajes más bajos en los apartados de manejo tisular fino y flujo del procedimiento.

Conclusiones:
En este modelo porcino con aorta autóloga, la reimplantación coronaria fue el paso con mayor tasa de errores y principal causa de fallos en la prueba hidrostática. La coaptación insuficiente de los velos contribuyó de forma importante a la incompetencia valvular residual. Estos hallazgos sugieren que la simulación debería focalizar la enseñanza y práctica repetida en:
Técnicas de orientación y sutura de botones coronarios para evitar tensión o torsión.
Estrategias para preservar la simetría y alineación de comisuras.
Ejecución de prueba hidrostática como verificación sistemática antes de finalizar la reconstrucción.

37 Importancia de la evaluación del riesgo individualizado en pacientes con revascularización miocárdica: experiencia de un programa de excelencia

Julieth González Cerón; *Lina Marcela Ramírez Jiménez; Jaime Camacho Mackenzie; Sandra Vanessa Romero Ducuara; Ivonne Gisel Pineda Rodríguez*

Introducción:
En el ámbito de la medicina cardiovascular contemporánea, la evaluación del riesgo individualizado se ha consolidado como una herramienta clave para optimizar la seguridad, eficacia y calidad de la atención en salud, integrando dimensiones clínicas, funcionales, sociales y psicológicas propias de cada paciente. Para ello, la enfermera del programa realiza una evaluación inicial y un seguimiento utilizando herramientas multidominio específicas. Con el fin de demostrar nuestra experiencia se realizó un análisis de la primera cohorte de pacientes pertenecientes al programa de excelencia.

Materiales y Métodos:
Análisis descriptivo de una cohorte retrospectiva de pacientes pertenecientes al programa de excelencia en revascularización miocárdica aislada. Las variables se representaron a través de frecuencias con porcentaje y mediana y rango intercuartílico. Para la comparación de medidas repetidas se utilizó el test de Friedman para datos relacionados para las escalas Fantastico, SF-36, Fagerström, Opioid Risk Tool (ORT), tamizajes nutricionales, de riesgo social, Clinical Frailty Scale y la Escala HADS.

Resultados:
Durante el periodo de agosto de 2024 a junio 2025, ingresaron en el programa 140 pacientes, la mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino (75.7%), con una mediana de edad de 67 años y un nivel educativo en mayor proporción entre primaria (31%) y secundaria completas (26%). La mayoría de pacientes reportaban una buena autonomía basal (79%) y un índice de masa corporal mayor a 20Kg/m2 (93%). Al ingreso del programa se encontraron pacientes con un perfil de riesgo medio/alto para aspectos sociales y de ansiedad principalmente (51 y 46 pacientes respectivamente).
Se observó una mejoría estadísticamente significativa entre las mediciones iniciales del programa y 3 meses posterior a la cirugía para las variables de dependencia a la nicotina, calidad de vida en todos sus dominios (SF36) y estilos de vida con la escala FANTASTICO.

Conclusiones:
La evaluación individualizada del riesgo representa un cambio de paradigma: del cuidado centrado en la enfermedad al cuidado centrado en la persona. Esta estrategia permite ofrecer intervenciones más seguras, eficaces y alineadas con las características del paciente. Lejos de ser una herramienta excluyente, este modelo representa una vía efectiva para humanizar la atención, empoderar al paciente y consolidar el trabajo colaborativo del equipo de salud.
El rol de la enfermera del programa ha sido fundamental en este proceso. No solo lidera la aplicación de las herramientas de tamizaje, sino que también dirige y coordina las intervenciones necesarias con el equipo multidisciplinario, asegurando que cada riesgo identificado sea abordado de forma oportuna y efectiva.

38 NIRS cerebral como marcador de riesgo transfusional en cirugía cardíaca y circulación extracorpórea: cohorte retrospectiva

Marietta Juan Guardela; *José Bermejo; Sebastián Rodríguez Chaparro; José Santacruz Arias; Kevin Blandón; Alfredo De León; Luis Calderón; Rafael Tous; Antonio Oyola Yepes; Omar Castilla; Enrique Ramos Clason; Sandra Contreras Arrieta*

Introducción:
La transfusión de glóbulos rojos (GRE) durante la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC) se asocia con mayor morbilidad y costos. La oximetría cerebral por espectroscopía de infrarrojo cercano (NIRS) cuantifica la saturación regional de oxígeno (rScO2) y podría orientar decisiones transfusionales. El objetivo fue determinar la asociación entre NIRS y el requerimiento transfusional de GRE durante la circulación extracorpórea.

Materiales y Métodos:
Estudio de cohorte retrospectivo que incluyo pacientes adultos (>18 años) sometidos a cirugía cardiotorácica que requirió circulación extracorpórea. El predictor principal fue rScO2 pre-CEC, resultante del valor medio entre hemisferio derecho e izquierdo y el desenlace fue transfusión dicotómica (>=1 unidad) durante o post-CEC. Se obtuvieron datos de rScO2 antes del inicio de CEC (pre-CEC), durante (intra-CEC) y luego de la liberación (post-CEC), y estimaron los delta de cambio de rScO2. Se eliminaron los pacientes con datos ausentes en la variable predictora o desenlace. Se realizo una regresión logística basal (NIRS continuo) y un modelo multivariado ajustado por hematocrito inicial y EuroSCORE II; no se aplicó selección automática y las covariables continuas se mantuvieron continuas. La muestra se dividió 80/20 (entrenamiento/prueba) estratificada por el evento. Se evaluó el desempeño AUC con IC95% (DeLong/bootstrapping), Brier global, calibración (intercepto y pendiente a partir del linear predictor), el índice de Youden (sensibilidad, especificidad, exactitud). Se realizo Validación interna adicional mediante cross-validation 5-fold. Se estimó y aplicó corrección por optimismo con bootstrapping (200 remuestras) para AUC y Brier. Los análisis se realizaron con R 4.5.1.

Resultados:
Se incluyeron 345 pacientes, de los cuales 105 (30%) recibieron al menos transfusion de 1 unidad de GRE durante la circulación extracorpórea (CEC). Los pacientes transfundidos mostraron rScO2 inferiores en todos los tiempos, Pre-CEC 56.5 [49.0–62.5] vs 63.0 [55.5–68.0], intra-CEC 57.5 [49.5–66.5] vs 65.5 [59.5–71.5] y post-CEC 59.0 [52.0–66.5] vs 65.5 [59.5–70.0]; p < 0.001 para todas las comparaciones. Los delta de cambio de NIRS no fue diferente entre los grupos. El hematocrito inicial fue menor (31% [29–34] vs 39% [37–42]; p<0.001) y el lactato final ligeramente mayor (1.8 vs 1.5 mmol/L; p=0.003). El tiempo de bomba y el tiempo de pinza no fue diferente entre los grupos. En el modelo basal, rScO2 pre-CEC se asoció inversamente con transfusión (OR por punto 0.94; IC95% 0.92–0.97; p<0.001). Tras ajustar por EuroSCORE II y hematocrito inicial, el efecto se atenuó (OR 0.97; IC95% 0.94–1.00; p=0.085). En prueba, el modelo basal obtuvo AUC 0.734 y Brier 0.180; umbral de Youden 0.192 (sensibilidad 0.90; especificidad 0.55). La validación 5-fold mostró AUC media 0.863±0.043 y Brier 0.132±0.023.

Conclusiones:
Valores más bajos de rScO2 se asocian con mayor probabilidad de transfusión intraoperatoria de GRE. El NIRS podría emplearse como marcador complementario para anticipar riesgo transfusional y optimizar la perfusión y la estrategia de hemoderivados. Se requieren estudios prospectivos para definir umbrales operativos y evaluar impacto clínico.

ERAS / ANESTESIA CV

39 **Analgesia Multimodal en Cirugía Cardíaca**

Francisco Mauricio Rincón Tello

Introducción:
Actualmente la cirugía cardiaca requiere la implementación de protocolos como el ERAS (Enhanced recovery After Surgery) haciendo parte de estrategia innovadora e integral que esta basada en la evidencia científica en búsqueda de optimizar la recuperación del paciente. Enfoque multidisciplinario que promueve atención eficiente y segura y se centra en la recuperación temprana posterior a intervención. Uno de los pilares es la anagelsia multimodal; la reducción del uso de opiaceos con medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas están disponibles en nuestro medio y su implementación debe estar dentro de las herramientas que un servicio de cirugía cardiaca puede implementar.

Materiales y Métodos:
Presentamos nuestra experiencia en la implementación de estrategias propuesta por el esquemas como el ERAS en cirugía cardiaca en el segmento de analgesia multimodal desde el año 2024 a Julio de 2025.
Implementamos estrategias farmacológicas y no farmacológicas demostrando los resultados obtenidos y puntos clave en donde encontramos utilidad para la recuperación mas rápida de nuestros pacientes.

Resultados:
650 casos de intervenciones en cirugía cardiaca. Múltiples procedimientos (revascularización miocardica fuera de circulación extracorpórea y en circulación extracorpórea, cirugías de patologías valvulares, cirugías de arritmia, aneurismas de aorta y tumores cardiacos entre otras) por técnicas de esternotomia convencional y por técnicas de cirugía de menor invasión (toracotomias, minitoracotomias o procedimientos video asistidos) en donde enfocamos nuestros resultados obtenidos al implementar las recomendaciones del protocolo ERAS con 5 puntos principales:
1. Medidas farmacológicas como pilar inicial medicamentos No opiáceos.
2. Terapia de pre habilitación e información y educación al paciente y cuidador.
3. Terapia de bloqueo nervioso criogénico.
4. Implementación del uso rutinario de bloqueos nerviosos percutáneos.
5. Técnicas quirúrgicas de menor invasión
Exponemos nuestros resultados en cuanto a tiempo de intervención, tiempo de hospitalización, satisfacción del paciente, estancias hospitalarias, costos de las diferentes tecnologías asi como morbilidad y mortalidad entre otras.

Conclusiones:
La terapia o abordaje multimodal para el control de dolor bajo estrategias propuestas como el lineamiento de ERAS es factible aplicarlo en nuestro medio Y, debe hacer parte del armamentario para los equipos de cirugía cardiaca en la actualidad. Existen diferentes estrategias tanto farmacológicas como no famracológicas con unos costos, tiempos de uso y beneficios demostrables

40 **Bloqueo del plano erector espinal y de los nervios pectorales guiados por ultrasonido en cirugía cardíaca: cohorte piloto**

Marietta Juan Guardela; *José Bermejo; Kevin Blandón; José Santacruz Arias; Sebastián Rodríguez Chaparro; Alfredo De León; Luis Calderón; Rafael Tous; Antonio Oyola Yepes; Omar Castilla; Enrique Ramos Clason; Sandra Contreras Arrieta*

Introducción:
El dolor posoperatorio tras cirugía cardiaca retrasa recuperación, aumenta exposición a opioides y empeora desenlaces. El objetivo fue explorar la efectividad analgésica a 24 horas, el perfil de seguridad de los bloqueos guiados por ultrasonido del plano erector espinal y de los nervios pectorales en cirugía cardíaca, y su impacto en náusea/vómito posoperatorios tempranos.

Materiales y Métodos:
Cohorte prospectiva piloto con reclutamiento consecutivo de adultos (>=18 años) sometidos a cirugía cardíaca mayor (revascularización o cirugía valvular) mediante esternotomía mediana programada; se excluyeron reintervención quirúrgica urgente y registros con datos ausentes en desenlaces clave. La exposición fue el bloqueo de ESP, PECS o su combinación, realizado mediante ultrasonido y utilizando bupivacaína al 0,25% más dexametasona 4 mg a nivel T5–T6. La efectividad analgésica fue el área bajo la curva del dolor 0–24 h (NRS 0–10 en T0, T6 y T24 h), calculada por el método del trapecio y normalizada (AUC/24). La seguridad se evaluó mediante un evento compuesto de complicaciones perioperatorias (neumotórax, reintubación, arritmias, vasoplejía, sangrado, taponamiento, tromboembolismo pulmonar, lesión renal aguda y muerte). Asimismo, se midieron náuseas y/o vómitos a T6, T12 y T48 h, tiempo a extubación y estancia en UCI (horas). Se realizó comparaciones entre grupos mediante Kruskal–Wallis (variables continuas) y chi-cuadrado/Fisher (categóricas); con control de la tasa de falsos descubrimientos (se reportan p y valor q). Se establecido un nivel de significancia estadística < 0.05. Los análisis se realizaron con R versión 4.5.1.%

Resultados:
Se analizaron 102 pacientes distribuidos en ESP n=13 (12.7%), PCS n=12 (11.8%) y combinación n=77 (75.5%). La efectividad analgésica no mostró diferencias entre grupos (medianas 3.25 [3.00–3.75], 3.88 [3.44–4.63] y 3.38 [3.00–3.75], p=0.20; q>0.1). El dolor basal (T0) fue mayor en ESP frente a combinación, p=0.005 y q=0.032, mientras que a T6 y T24 las diferencias no persistieron tras la corrección por tasa de falsos descubrimientos, observándose trayectorias que convergen a las veinticuatro horas en los tres grupos. La frecuencia de náusea y vómito posoperatorios a T6 fue menor con PECS y con la combinación frente a ESP con 0% y 3.9% frente a 38% (p=0.001) y contraste ESP versus combinación q=0.018, sin diferencias a T12 o T48. No se observaron diferencias en tiempo a extubación (p=0.085), en estancia en UCI (p=0.30), ni en tiempo de exposición a opioides (p=0.40). El evento compuesto de seguridad no difirió entre grupos (p=0.20), y no se documentaron complicaciones mayores atribuibles a la técnica.

Conclusiones:
En esta cohorte piloto, los bloqueos del plano erector espinal y de los nervios pectorales, solos o combinados, ofrecieron analgesia comparable a 24 horas; además, se observó menor frecuencia de náuseas y vómitos tempranos con bloqueo PECS o combinado frente a ESP. Sin señales de incremento de riesgo, la analgesia regional guiada por ultrasonido merece protocolización y evaluación en ensayos controlados que confirmen eficacia y seguridad e identifiquen subgrupos con mayor beneficio.

FALLA CARDÍACA - HTP -MCH

41 COMPARACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE POTASIO PARA EL MANEJO DE LA HIPERkALEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: COHORTE RETROSPECTIVA

Carlos Alberto Porras Meza; *María Juliana Vergara Chávez*

Introducción:
La hiperpotasemia es frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y puede limitar la continuación y el ajuste gradual de las terapias cardioprotectoras (tratamiento médico según las guías, TMG), lo que aumenta el riesgo de descompensación. Este estudio evaluó estrategias de reducción de potasio para controlar la hiperpotasemia sin modificar el TMG.

Materiales y Métodos:
Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo (2023-2024) en una clínica ambulatoria de cardiología. Se analizaron 2331 determinaciones de potasio (K) de 1237 pacientes. De estos, 671 pacientes con hiperpotasemia (K >= 5,1 mEq/L) se clasificaron según la estrategia de tratamiento: sin intervención, modificación dietética (n = 85), quelantes de potasio (n = 77), dieta + quelantes (n = 11) o modificación del tratamiento médico según las guías (GDMT) (n = 94). La normalización y la reducción del potasio se evaluaron mediante las pruebas de Wilcoxon y la delta de Cliff.

Resultados:
El 53% de los pacientes presentó hiperpotasemia. La mediana de edad fue de 73 años; el 69% eran varones; y el 36% padecía enfermedad renal crónica (ERC). Las tasas de normalización del potasio fueron del 63,5% con dieta, del 53,2% con quelantes y del 68% entre aquellos con modificaciones del tratamiento médico según las guías (GDMT). Si bien el ajuste del TMG resultó en una mayor reducción del potasio en el análisis estadístico, este enfoque puede comprometer los beneficios clínicos comprobados de las terapias básicas y no se recomienda. No se observó ningún beneficio adicional con las intervenciones combinadas.

Conclusiones:
Las estrategias de reducción de potasio, en particular la modificación de la dieta y los quelantes de potasio, resultaron eficaces y seguras para controlar la hiperpotasemia, preservando al mismo tiempo la GDMT. Estos hallazgos respaldan las recomendaciones actuales (ESC 2021, TRED-HF y JACC 2025) que priorizan el mantenimiento de un tratamiento médico óptimo en la IC.

42 Levosimendán vs. Sacubitri Valsartán: impacto en la función de la aurícula izquierda en falla cardíaca isquémica

Jorge Luis Jara Valderrama; *Flor de María Gutiérrez Asmat; Elio Alvaro Castañeda Marín; Georgina Antonella González González; Jorge Luis Jara Morillo; Carmen Luisa Marín Tello; Willy Garrido Lecca Danos; María Alejandra Díaz Morgan; Carlos Dangerwell Cruz Cherre; Amira Alexandra Ama*

Introducción:
La función de la aurícula izquierda (AI) es un determinante importante del llenado del ventrículo izquierdo (VI). Se ha observado un llenado anormal del VI en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Con la progresión de la disfunción del VI, la contribución de la AI al llenado del VI disminuye gradualmente.
Levosimendán es un nuevo agente inotrópico positivo utilizado para la IC sistólica izquierda aguda.³ Levosimendán es un sensibilizador del Ca2+ con múltiples mecanismos de acción. Ejerce su efecto inotrópico aumentando la afinidad de la troponina C por el Ca2+, estabilizando directamente la conformación de la troponina C inducida por el Ca2+ o actuando distalmente a la molécula de troponina C, se veía como un fármaco prometedor en el 2016
Sacubitril valsartan en los últimos años ha demostrado una beneficios por su bloqueo de los receptores de angiotensina II y la neprilisina favoreciendo de este modo una adecuada diuresis y efecto antifibrótico a nivel cardíaco y vascular. No hay evidencia clara del impacto de dichos fármacos en la función atrial

Materiales y Métodos:
Diseño de Estudio: Ensayo clínico pragmático. Tipo de muestreo: Aleatorio simple. Periodo: 2022 - 2024. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, Fracción de eyección <40%, ritmo sinusal, presión arterial sistólica mayor a 100 mmHg, peso mayor a 70 kg, bisoprolol 5mg diario, espironolactona 25mg diario. Criterios de exclusión: Inestabilidad hemodinámica, Hepatopatía crónica, ventana acústica suboptima,arritmia extrasistólica, dispositivos intracardiacos, valvulopatías moderadas a severas. Participantes: Grupo 1 (26 pacientes): Levosimendan 6mcg/kg en 10 minutos, seguido de 1mcg/kg/min cada 15 días. Grupo 2 (26 pacientes): Sacubitril valsartan 24/26mg cada 12 horas. Se realizó evaluación inicial previo a inicio y a los 3 meses.Se usó el Programa SPSS statistics 22

Resultados:
Se evidenciaron características clínicas basales similares para ambos grupos.
Se valoró la función de reservorio, de conducción y de contracción asimismo el índice de rigidez atrial
Se obtuvieron los siguientes resultados
Levosimendán: Variación: volumen máximo: -1.973 (p<0.05), Volumen mínimo: -1.462(p<0.05), Volumen pre A: -1.885(p<0.05), Strain reservorio atrial: 2.077(p<0.05), E/E': -2.046(p<0.05), Función de reservorio: 3.268(p<0.05), Función global: 0.904(p<0.05), función de conducción:0.625(p:0.226), Función contracción atrial: 0.307(p:0625), Rigidez atrial: -0.098(p<0.05), Fracción de eyección VI: 2.6202(p<0.05)
Sacubritil Valsartan: Variación: volumen máximo: -2.923 (p<0.05), Volumen mínimo: -2.769(p<0.05), Volumen pre A: -2.577(p<0.05), Strain reservorio atrial: 1.885(p<0.05), E/E': -2.123(p<0.05), Función de reservorio: 2.2123
(p:0.256), Función global: 2.3555(p<0.05), función de conducción: 0.8008(p:0.3), Función contracción atrial: 1.8104
(p<0.48), Rigidez atrial: -0.099(p<0.05), Fracción de eyección VI: 2.8146(p<0.05)
Adicionalmente se analizó los subgrupos de cada fármaco en función de si presentaban o no stent coronario, evidenciándose mayor mejora en los parámetros evaluados en el grupo portador de stent coronario para ambos fármacos.

Conclusiones:
1. Se evidenció mejoría significativa mayor en el grupo de sacubitril valsartan frente a levosimendán en los parámetros evaluados
2. Se evidenció disminución mayor de la rigidez atrial en el grupo de sacubitril valsartan, esto quizá a su efecto inhibidor del sistema renina angiotensina aldosterona
3. Se evidenció una mejora en los valores de strain de reservorio atrial en el grupo de levosimendán debido a las propiedades lusitrópicas de este fármaco
4. La presencia de revascularización favorece una mejora más significativa en ambos fármacos

43 Resultados de tromboendarterectomía pulmonar combinada con procedimientos cardiovasculares adicionales

Maribel Ocampo Muñoz; *Juan Camilo Rendón Isaza; José Julián Escobar Matallana; Elianny Cedano Agramonte; Natalia Guzmán Arango; Simón Muñoz González*

Introducción:
La tromboendarterectomía pulmonar (TEP) es el tratamiento quirúrgico de elección para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). Sin embargo, en pacientes que requieren simultáneamente otros procedimientos cardiovasculares, la complejidad técnica y los riesgos perioperatorios se incrementan de forma significativa. La literatura disponible sobre esta combinación quirúrgica es escasa, y la mayoría de las series reportan pocos casos, lo que limita la evidencia para guiar la práctica quirúrgica. Este estudio describe la experiencia de un centro de referencia en la realización de TEP asociada a cirugías cardíacas adicionales, evaluando resultados clínicos, complicaciones y mortalidad temprana.

Materiales y Métodos:
Se realizó un análisis retrospectivo de 27 pacientes intervenidos entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2025, quienes fueron llevados a tromboendarterectomia pulmonar junto con al menos un procedimiento cardiovascular adicional. Se recopilaron datos demográficos, características quirúrgicas, tiempos operatorios, estancia hospitalaria, mortalidad y evolución clínica

Resultados:
La cohorte estuvo compuesta por 15 hombres (55,6%) y 12 mujeres (44,4%), con una edad promedio de 53 años. El tiempo promedio de pinza aórtica fue de 138 minutos, el de perfusión de 323 minutos, el paro circulatorio de 59 minutos y la temperatura media de 20 °C. La estancia promedio en UCI fue de 11,3 días, mientras que la hospitalización total promedio fue de 26,5 días.
Se registraron 4 muertes en UCI (14,8%) y un total de 4 muertes intrahospitalarias (14,8%), sin aumento significativo de la mortalidad respecto a series históricas de TEP aislada. Entre los sobrevivientes, 19 pacientes (70,4%) presentaron regresión de la hipertensión pulmonar documentada en el seguimiento, y 19 pacientes (70,4%) mostraron mejoría funcional significativa (NYHA I–II). No se identificaron complicaciones mayores inusuales, aunque la disección y reconstrucción anatómica fue técnicamente más exigente en casos de cirugías combinadas.

Conclusiones:
La tromboendarterectomía pulmonar asociada a otros procedimientos cardiovasculares mayores puede realizarse de forma segura en centros con amplia experiencia, sin un incremento significativo en la mortalidad hospitalaria en comparación con la TEP aislada. La mayoría de los pacientes experimenta mejoría clínica y hemodinámica en el seguimiento. Dada la escasez de reportes en la literatura sobre esta combinación quirúrgica, especialmente con series de seguimiento, la publicación de experiencias institucionales como esta es crucial para ampliar el conocimiento, guiar la toma de decisiones y optimizar la selección de pacientes. Nuestros hallazgos respaldan que, con una planificación meticulosa y un equipo multidisciplinario entrenado, es factible abordar casos complejos con resultados favorables, contribuyendo así a cerrar la brecha de evidencia en un campo poco documentado de la cirugía cardiovascular.

PERFUSIÓN

44 **Parámetros de perfusión durante el bypass cardiopulmonar y su relación con desenlaces postoperatorios en cirugía cardíaca**

Maritza Cañas Durán

Introducción:
La cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC) es esencial en el manejo de enfermedades cardiovasculares complejas, pero continúa asociada a una morbimortalidad significativa. Parámetros como el índice de entrega de oxígeno (DO2), la presión arterial media (PAM), la oxigenación intraoperatoria, la perfusión cerebral y el uso de flujo pulsátil se han relacionado con desenlaces clínicos adversos. Sin embargo, no existe consenso sobre los umbrales óptimos para su manejo, lo que genera variabilidad clínica. Esta revisión busca sintetizar la evidencia sobre la asociación entre dichos parámetros de perfusión y la mortalidad o complicaciones postoperatorias, con énfasis en su aplicabilidad práctica

Materiales y Métodos:
Se realizó una revisión narrativa siguiendo principios PRISMA 2020. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohorte prospectivos o retrospectivos publicados entre 2013 y 2022. Las fuentes fueron PubMed, ScienceDirect y ELICIT. Se seleccionaron estudios que evaluaran al menos un parámetro de perfusión durante CEC (DO2, PAM, oxigenación, flujo, perfusión cerebral) en adultos, y que reportaran mortalidad o eventos adversos como lesión renal aguda, disfunción neurológica o ventilación prolongada. Se excluyeron revisiones, estudios en animales y artículos sin texto completo. Los datos se organizaron mediante un resumen analítico estandarizado y se sintetizaron en forma narrativa.

Resultados:
Se analizaron 15 estudios (11 ECA y 4 cohortes) de países como EE.UU., Japón, Italia y Dinamarca. Se identificaron cinco categorías principales de parámetros de perfusión. Un DO2 <270–280 mL/min/m² se asoció de forma consistente con mayor incidencia de lesión renal aguda. La hipoperfusión cerebral se vinculó con delirio posoperatorio y deterioro cognitivo. La hiperoxemia intraoperatoria no mostró beneficios clínicos y en algunos estudios se asoció con peor función cognitiva. La individualización de la PAM con base en autorregulación cerebral resultó útil para reducir delirio, pero no modificó el riesgo de ACV. El flujo pulsátil y el uso de óxido nítrico ofrecieron beneficios en subgrupos seleccionados, como la reducción de AKI o mejor oxigenación tisular. Persisten vacíos en la estandarización de umbrales críticos y en la validación de estrategias de perfusión dirigida por objetivos en países de ingresos bajos y medios

Conclusiones:
El DO2 bajo y la hipoperfusión cerebral son predictores robustos de complicaciones postoperatorias en cirugía con CEC. La implementación de estrategias de perfusión dirigida por objetivos podría mejorar la seguridad del paciente, reducir eventos prevenibles y optimizar recursos. Se requiere validar estos hallazgos en estudios multicéntricos y promover su aplicación en contextos de alta carga cardiovascular y recursos limitados.

VÁLVULA AÓRTICA Y ASCENDENTE

45 **¿Vale la pena la reparación valvular aórtica aislada en nuestro medio?: Resultados a mediano plazo**

Santiago Bottia Córdoba; *Gustavo Andrés Prieto González; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos*

Introducción:
La reparación valvular aórtica aislada representa una alternativa quirúrgica al reemplazo valvular en el tratamiento de la insuficiencia aórtica, en donde los potenciales beneficios asociados a evitar el uso de prótesis valvulares se sopesan con una curva de aprendizaje más prolongada. Existen pocos estudios que describan detalladamente las características perioperatorias, complicaciones y evolución a mediano plazo en pacientes intervenidos en Latinoamérica. Este estudio describe los desenlaces clínicos y el seguimiento de una cohorte de pacientes sometidos a reparación valvular aórtica aislada en una institución cardiovascular de referencia en el periodo comprendido entre los años 2019 y 2024.

Materiales y Métodos:
Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, a partir del análisis de nuestra base de datos que recopila la información de pacientes mayores de 18 años sometidos a reparación valvular aórtica aislada entre enero de 2019 y diciembre de 2024. Se recolectaron variables clínicas, quirúrgicas y desenlaces postoperatorios. Adicionalmente, se realizó seguimiento de su historia clínica, se consultaron los registros de certificados de defunción de la registraduría nacional para definir la mortalidad y finalmente se contactaron telefónicamente para evaluar la evolución a mediano plazo. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, así como frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados:
Se identificaron 34 pacientes, con una edad media de 54,4 años (DE ± 13,6); el 79,4% eran de sexo masculino y el 60% presentaba antecedente de hipertensión arterial. El 32,4% de los procedimientos se realizaron de urgencia. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de 84 ± 30 minutos y el de clampeo aórtico de 62 ± 20 minutos. En el postoperatorio inmediato, dos pacientes requirieron reintervención: por gradiente medio residual elevado asociado a válvula bicúspide e insuficiencia aórtica severa. Se registraron tres reintervenciones por sangrado (8,8%) y cinco pacientes (14%) desarrollaron fibrilación auricular. No se presentaron casos de mediastinitis, evento cerebrovascular ni insuficiencia renal con requerimiento de hemodiálisis. La mediana de la estancia en la UCI fue de 3 días, mientras que de la estancia hospitalaria total fue de 5.5 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 0%. Se logró seguimiento en 30 pacientes (88,2%). La supervivencia a 12 meses fue del 100%, mientras que a 36 meses del 93.8%. Se obtuvo un caso de mortalidad no asociado a causas cardiovasculares (tumor cerebral). Al final del periodo de seguimiento se encontró que 32 pacientes (94.1%) estaban libres de insuficiencia aórtica mayor a grado 2. Asimismo, 24 pacientes (70,5%) mantenían libertad de anticoagulación tanto a los 12 como a los 36 meses y libertad de endocarditis del 100%.

Conclusiones:
La reparación valvular aórtica aislada, en esta serie institucional, demostró ser un procedimiento seguro, con bajo riesgo de morbimortalidad perioperatoria. Los hallazgos en el seguimiento respaldan la durabilidad de la reparación en la mayoría de los pacientes, con una incidencia baja de reintervención y sin eventos infecciosos valvulares. Se reafirma el papel de la reparación aórtica como una estrategia viable en centros con experiencia quirúrgica, destacando la necesidad de estudios multicéntricos que permitan validar estos hallazgos en poblaciones más amplias.

46 **Caracterización de pacientes con sospecha de síndrome aórtico agudo en un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia**

Francisco Mauricio Rincón Tello; *Carlos José Pérez Rivera; Juan David Saavedra Henao; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; Daniela Rojas Herrera; Juan Felipe Victoria Fernández; Leandro Guarín Muñoz; Camila de Vivero; Darío Andrade; Samuel David Martínez Cruz*

Introducción:
El aneurisma de aorta torácico (AAT) es una condición clínicamente silenciosa, de elevada letalidad y con riesgo de complicaciones agudas potencialmente fatales, como la disección o la ruptura. Su diagnóstico oportuno requiere valores de referencia precisos y puntos de corte claros. Conocer las características clínicas y morfológicas de los pacientes que ingresan por sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA) permite optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, especialmente en centros de alta complejidad cardiovascular.

Materiales y Métodos:
Estudio observacional de corte transversal con análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de AAT atendidos entre 2019 y 2021 en un hospital de cuarto nivel en Bogotá. Se realizó análisis descriptivo de variables cualitativas (frecuencias absolutas y porcentajes) y cuantitativas (promedio o mediana con desviación estándar o rango intercuartílico, según distribución).

Resultados:
Se incluyeron 20 pacientes, con una edad media de 57,75 años (DE 16,97), el 60% de sexo masculino. El índice de masa corporal presentó una mediana de 25,5 kg/m² (RIQ: 22,0–28,0) y la superficie corporal promedio fue de 1,81 m² (DE 0,24). Entre los antecedentes, la hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (70%), de los cuales el 20% requería más de tres antihipertensivos. La dislipidemia estuvo presente en el 50% y la enfermedad renal crónica en el 40%. No se identificaron síndromes genéticos (Marfan, Ehlers-Danlos, Loeys-Dietz) ni antecedentes familiares de aneurismas de aorta. El tabaquismo se reportó en el 15% (IPA mediana: 20; RIQ: 19,37–23,00).
En cuanto a las características morfológicas, el 75% presentó arco aórtico tipo I y el 25% tipo II, con morfología bovina en el 20%. Según la clasificación de Ishimaru, seis pacientes (30%) presentaban dilatación aneurismática: 15% comprometía aorta ascendente y raíz aórtica, 10% sólo aorta ascendente y 5% sólo raíz aórtica. El diámetro máximo promedio fue de 55,83 mm (DE 11,94), el diámetro menor promedio de 50 mm (DE 10,30) y el área promedio del aneurisma fue de 23,13 cm² (DE 9,60).
El 20% de los pacientes ingresó con síndrome aórtico agudo: 10% por ruptura, 5% por disección y 5% por hematoma intramural.

Conclusiones:
La caracterización de pacientes con sospecha de SAA en este estudio evidencia un predominio masculino, alta prevalencia de hipertensión arterial y afectación predominante de la aorta ascendente. El compromiso aneurismático severo y la presencia de SAA en una proporción significativa de casos subrayan la importancia de fortalecer el tamizaje en grupos de riesgo, optimizar el control de factores modificables y disponer de capacidad diagnóstica oportuna para reducir la mortalidad asociada.

47 Carga de enfermedad por aneurisma de aorta torácica en Colombia (2013–2023): análisis nacional basado en AVAD

Francisco Mauricio Rincón Tello; *Diego Penagos López; Carlos José Pérez Rivera; Leandro Guarín Muñoz; Juan Felipe Victoria Fernández; Daniela Rojas Herrera; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; Juan David Saavedra Henao; Samuel David Martínez Cruz*

Introducción:
El aneurisma de aorta torácica (AAT) es una patología silenciosa de alta letalidad cuya carga epidemiológica en Colombia ha sido escasamente documentada. Esta investigación estima la carga de enfermedad por AAT durante el periodo 2013–2023 utilizando años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), con énfasis en el análisis por sexo, edad y territorio.

Materiales y Métodos:
Estudio ecológico retrospectivo. Se calcularon los AVAD combinando años de vida perdidos (YLL) y años vividos con discapacidad (YLD), aplicando la metodología de Murray y López. La mortalidad fue corregida por subregistro con el método de Bennett-Horiuchi. Se utilizaron registros del DANE, SISPRO y proyecciones poblacionales oficiales. Se realizó análisis por grupos etarios, sexo, departamentos y sensibilidad según peso de discapacidad (0,591–0,700).

Resultados:
La carga nacional pasó de 19,7 a 46,6 AVAD por 100.000 habitantes entre 2013 y 2023, con un incremento del 136,5 %. La mayor afectación se concentró en hombres mayores de 60 años, especialmente en los grupos de 70–79 años (333,8 AVAD/100.000). El análisis geográfico mostró una distribución heterogénea, con mayores cargas en el eje cafetero y Antioquia. El análisis de sensibilidad evidenció estabilidad de la tendencia, independientemente del peso de discapacidad empleado

Conclusiones:
El AAT representa una carga creciente y subestimada en Colombia, con impacto crítico en adultos mayores. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias de tamizaje oportuno, vigilancia clínico-epidemiológica y mejoramiento en la certificación de causas de muerte, especialmente en áreas con baja cobertura diagnóstica.

48 Cirugía de Ross: Resultado a 2 años de un programa basado en el uso de raíz porcina como alternativa a los homoinjertos

Gustavo Andrés Prieto González; *Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Alexandra Hurtado Ortiz; Lorena Montes Villalobos*

Introducción:
En 1967 se describió por primera vez el reemplazo valvular aórtico mediante autoinjerto pulmonar en población pediatrica por Donald Nixon Ross. En la actualidad, esta técnica emerge como una estrategia de largo plazo para pacientes adultos jóvenes, ofreciendo ventajas potenciales como mayor durabilidad y adaptabilidad, así como la reducción de riesgos asociado al uso de prótesis convencionales. No obstante, la disponibilidad limitada de homoinjertos pulmonares criopreservados y el riesgo de calcificación de los xenoinjertos pulmonares continuan representando desafíos técnicos, particularmente en paises de ingreso medio. Presentamos una cohorte de pacientes sometidos a cirugía de Ross, con el objetivo primario de evaluar los resultados a mediano plazo en términos de supervivencia, libertad de reintervención, libertad de anticoagulación y libertad de endocarditis.

Materiales y Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía de Ross entre mayo del 2022 y junio del 2025. Se analizaron variables clínicas preoperatorias, así como intraoperatoria y complicaciones postoperatorias tempranas y a mediano plazo. El seguimiento se efectuó mediante contacto telefonico, con previa obtención de consentimiento verbal. El estudio contó con la aprobación del Comité Técnico Científico y el Comité de Ética de nuestra institucion.

Resultados:
Se incluyeron 75 pacientes, con diagnóstico de estenosis aórtica severa como indicación quirúrgica. La edad promedio fue de 56 años (IQR 51-59). Fibrilación auricular y enfermedad renal crónica se identificaron en el 2.6% (n=2) y 6.6% (n=5) de los pacientes, respectivamente. El tiempo de isquemia fue de 123 minutos (IQR: 111-137) y el tiempo de perfusión fue de 174 inutos (IQR: 160-192). El tipo de prótesis pulmonar fue en su mayoría “Freestyle” comparado con el uso de homoinjertos en el 89.3% (n=67) y 10.7% (n=8) de los casos, respetivamente. Las complicaciones potoperatorias tempranas incluyeron fibrilación auricular de novo en el 17.3% (n=13), diálisis postoperatoria en el 2.6% (n=2), re-exploración por sangrado en el 2.6% (n=2), evento cerebrovascular en el 2.6% (n=2) e infarto agudo de miocardio perioperatorio en el 1.3% (n=1). La mortalidad operatoria fue del 0%. El tiempo medio de seguimiento fue de 18 meses (IQR: 9-26). Al final del seguimiento la probabilidad de supervivencia fue de 97.3%, la libertad de anticoagulación fue del 92.3%, la libertad de endocarditis fue del 100% y no se registraron casos de trombosis ni sangrado mayor.

Conclusiones:
El procedimiento de Ross se consolida como una alternativa viable en pacientes adultos jovenes con resultados favorables a mediano plazo. A pesar de los desafíos técnicos y administrativos, su implementación es factible en centros de países de ingreso medio.

49 Decisiones que salvan vidas: TAVI, cirugía o manejo médico guiadas por VGI e integración interdisciplinaria

Laura Esteban Badillo; *Angie Lucía Méndez Zaraza; Fiorella Gualteros Acosta; Daniel A. Villamizar Olaya; Jerson H. Quitián Moreno*

Introducción:
Introducción: La estenosis aórtica es la segunda valvulopatía más frecuente del adulto mayor y la primera valvulopatía en requerir intervenciones quirúrgicas y percutáneas. La estenosis aórtica severa sintomática en el adulto mayor representa un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que el manejo médico farmacológico no ofrece beneficio pronóstico ni sintomático significativo. Geriatría, cardiología, cirugía cardiovascular y medicina familiar, integran en la junta interdisciplinaria criterios clínicos, funcionales, cognitivos y sociales mediante la Valoración Geriátrica Integral (VGI), favoreciendo decisiones personalizadas. Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y funcionales de adultos mayores hospitalizados con estenosis aórtica, y analizar el papel de la VGI y la junta interdisciplinaria en la elección terapéutica (TAVI, cirugía o manejo médico).

Materiales y Métodos:
Metodología: Estudio observacional, transversal, retrospectivo, en una institución cardiovascular de cuarto nivel (Colombia), entre abril de 2023 y abril de 2024. Se incluyeron pacientes hospitalizados con diagnóstico de estenosis aórtica evaluados por el equipo de cardiología geriátrica y discutidos en junta interdisciplinaria (geriatría, medicina familiar, cardiología y cirugía cardiovascular). Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, fragilidad (CFS), entorno social y tratamiento definitivo (TAVI, cirugía o manejo médico).

Resultados:
Resultados: Se incluyeron 92 pacientes (69,6% hombres), con edad media de 80 años (DE=8,25); 54% provenían del área rural, 56% eran frágiles y 60,8% tenían escolaridad básica incompleta o eran analfabetas. El 38% estaba institucionalizado. El tratamiento final fue TAVI en 38,0% (n=35), cirugía en 17,4% (n=16) y manejo médico en 53,3% (n=49). La VGI y la discusión interdisciplinaria identificaron que el TAVI fue más frecuente en pacientes frágiles (CFS 3 o 4), con buen soporte social, mientras que el manejo cons aservador se indicó tanto en fragilidad moderada (CFS 3 0 4) con riesgo social, así como en fragilidad severa (CFS 6 o 7). La cirugía se reservó para pacientes con bajo riesgo quirúrgico y CFS <=5. No se encontró diferencias en la toma de decisiones para llevar a un paciente a manejo paliativo con CFS>=4.

Conclusiones:
Conclusiones: La integración de la VGI y el trabajo conjunto entre geriatría, medicina familiar, cardiología y cirugía cardiovascular permite identificar factores no hemodinámicos determinantes en la elección terapéutica. Este enfoque favorece decisiones centradas en la persona, optimiza los resultados clínicos y preserva la calidad de vida del adulto mayor.

50 Desenlaces clínicos asociados a la reoperación por endocarditis de válvula protésica: 20 años de experiencia en un centro de referencia

Nicolás Núñez Ordóñez; *Sara Cifuentes Navarrete; Ivonne Gisel Pineda Rodríguez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Andrés Felipe Jiménez; Julián Senociain González; Carlos Eduardo Obando López; Tomás Chalela Hernández; Néstor Sandoval Reyes; Jaime Camacho Mackenzie*

Introducción:
La endocarditis infecciosa es una complicación seria después de la cirugía de reemplazo valvular que puede representar una importante carga de morbimortalidad si no recibe tratamiento oportuno. El objetivo de este estudio fue caracterizar a la población llevada a cirugía por endocarditis de válvula protésica y describir los desenlaces clínicos a largo plazo asociados a estos procedimiento.

Materiales y Métodos:
Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes llevado a reintervención por endocarditis de válvula protésica desde el 2004 a mayo 2025. Las variables se analizaron de forma estándar de acuerdo a su naturaleza y distribución. Se realizó seguimiento a largo plazo por medio de consulta de bases de datos nacionales.

Resultados:
Se identificaron 118 procedimientos en el periodo de estudio. Las características se resumen en la tabla 1. La mediana de edad fue 64.5 (53-71) años. La mayoría de los pacientes operados fueron hombres (65%). La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (57%); 9% de los pacientes tenían diabetes. En el 87% de los casos el síntoma de presentación fue deterioro de clase funcional a NYHA II-III.
En el 95% de los casos se presentaron endocarditis de válvulas izquierdas, siendo más frecuentes en posición aortica (66%) que en posición mitral (26%) y en un 2.5% de los casos se presentaron con afectación plurivalvular.
Los fenómenos embólicos son relativamente frecuentes, se presentaron en el 25% de los pacientes, siendo más frecuentes en sistema nervioso central (63%) y luego a nivel esplénico, renal o columna vertebral (13% cada uno).
Con respecto a los hallazgos operatorios: el 21% de los casos se presentaron en pacientes con válvulas mecánicas, además en el 69% de los pacientes se identificaron vegetaciones y en el 41% abscesos. Se analizaron también los cultivos tomados en cirugía: en el 48% se identificaron gérmenes gram positivos, 32% fueron Cultivos negativos, 14% de los casos se asociaron a gram negativos y 4% causadas por hongos. Las infecciones polimicrobianas fueron raras en esta cohorte. Para este grupo de pacientes se prefirió el uso de válvulas biológicas, implantadas en el 79% de los casos. Los procedimientos concomitantes fueron frecuentes, en 26% se requirieron intervenciones adicionales en la aorta y en 9% revascularización miocárdica asociada.
La compilación postoperatoria más frecuente fue la ventilación mecánica prolongada (20%) y otras complicaciones como lesión renal aguda o ACV fueron relativamente infrecuentes (5% y 0.8% respectivamente), La mortalidad quirúrgica (a 30 dias) fue del 11.9%. La figura 1 muestra el seguimiento de supervivencia a 8 años.

Conclusiones:
La endocarditis de válvula protésica representa un desafío terapéutico con una importante carga de morbimortalidad sin embargo estos resultados sugieren que el tratamiento oportuno en centros de alta experiencia en cirugía cardiaca permiten resultados efectivos y seguros que no distan de los desenlaces reportados a nivel internacional de primeras intervenciones por endocarditis de válvulas nativas.

51 **Experiencia temprana en ampliación del anillo aórtico con técnica de incisión en Y**

Nicolás Núñez Ordóñez; *Isabella Roa Bastidas; Tomás Chalela Hernández; Lina Ramírez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Andrés Felipe Jiménez; Julián Senociain González; Carlos Eduardo Obando López; Néstor Sandoval Reyes; Jaime Camacho Mackenzie*

Introducción:
Recientemente fue descrita la técnica de incisión en Y para la ampliación del anillo aórtico como una alternativa a otras técnicas de ampliación posterior. Esta técnica ha permitido el implante de válvulas con mayor orificio efectivo, disminuyendo así la incidencia de mismatch prótesis-paciente y por consiguiente las complicaciones asociadas a su aparición como alteración en la remodelación ventricular después del reemplazo valvular, el deterioro estructural temprano de la prótesis e incluso rehospitalización y mortalidad.
Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia temprana y resultados clínicos con el uso de esta técnica de ampliación de anillo aórtico en un centro de alto volumen cardiovascular.

Materiales y Métodos:
Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron ampliación de anillo aórtico con técnica de incisión en Y (2022-2025). Se realizó revisión de historias clínicas para extraer información relevante perioperatoria. Se obtuvo la medición del anillo nativo a partir del ecocardiograma preoperatorio y se recopiló información sobre desenlaces clínicos relevantes a 30 días, incluyendo también la revisión de bases de datos nacionales. La escogencia de la técnica de ampliación (incisión en Y) fue por preferencia del cirujano teniendo en cuenta las características anatómicas; la elección de la prótesis implantada fue por decisión concertada entre el grupo quirúrgico y el paciente. Se describen las variables de forma estándar con medidas de frecuencia.

Resultados:
Se describen 22 pacientes. La caracterización completa de la población se muestra en la tabla 1) El 72 % fueron mujeres, con mediana de edad de 64.5 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (59 %) y dislipidemia (68 %); 54 % tenía una válvula bicúspide. El 22.7 % de los casos fueron reoperaciones y en el 50 % se realizó una intervención concomitante. El diámetro del anillo preoperatorio más pequeño fue de 19 mm, y el implante de la prótesis de mayor tamaño fue de 25 mm (la Figura 1 muestra el resultado de la ampliación en cada caso). Se han implantado 2 prótesis mecánicas. No se registraron muertes ni implantes de marcapasos a 30 días; la complicación más frecuente fue fibrilación auricular (13.6 %). En el seguimiento máximo de 2.5 años, se reportó un caso de mortalidad (figura 2).

Conclusiones:
El mismatch prótesis-paciente es un predictor independiente de desenlaces adversos después del reemplazo valvular aórtico, como deterioro temprano estructural de la válvula protésica, deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y de mortalidad. Por esta razón, en pacientes con anillo aórtico pequeño son necesarias las técnicas que permitan el implante de válvulas protésicas con un mayor área efectiva.
Esta experiencia muestra que la incisión en Y ha sido una técnica segura y efectiva, que permite una ampliación significativa del anillo aórtico, incluso en casos con diámetros reducidos. Su aplicación progresiva ha permitido lograr ampliaciones mayores sin incrementar el riesgo de complicaciones asociadas.

52 **Técnica de ampliación de la raíz aórtica de Yang: serie de casos**

Alejandro Escobar Uribe; *Rafael José Meza Jiménez; Simón Muñoz González; Johan Sebastián Herrera Vargas; Natalia Guzmán Arango*

Introducción:
En la patología de la válvula aórtica muchas veces está indicado el cambio valvular quirúrgico con el uso de prótesis valvulares. Para evitar los problemas en el flujo asociados a válvulas de tamaño inadecuado (mismatch válvula-paciente) por su implantación en una raíz de diámetro pequeño, se han usado varias técnicas como las descritas por Nicks, Manougian o Konno. En años recientes, Bo Yang describió la ampliación de la raíz aórtica con el uso de una incisión en "Y" y la colocación de un parche de pericardio o dacrón. Presentamos una serie de casos con pacientes llevados a cambio valvular aórtico y ampliación de la raíz con la técnica de Yang, describiendo sus características demográficas y algunas variables clínicas.

Materiales y Métodos:
Realizamos un registro y revisión retrospectiva de 7 casos de pacientes sometidos a cirugía cardíaca mayor para cambio valvular aórtico y ampliación de la raíz aórtica con técnica de Yang, desde septiembre de 2024 hasta mayo de 2025. Se presentan datos clínicos y demográficos de los pacientes, así como una descripción de la técnica quirúrgica y una revisión narrativa de esta.

Resultados:
Dos de los pacientes intervenidos fueron mujeres. La edad promedio fueron 62 años y en 6 de los casos se realizó cambio valvular aórtico con prótesis biológica. En dos de los casos se realizó también intervención en la válvula mitral y en otros dos se realizó también revascularización miocárdica. El gradiente transvalvular aórtico promedio en ecocardiografía posquirúrgica fue de 9,8 mmHg. No hubo muertes intraoperatorias, pero 3 de los pacientes fallecieron durante la hospitalización por consecuencias de endocarditis infecciosa como diagnóstico prequirúrgico, mediastinitis y disfunción ventricular severa por cardiopatía isquémica

Conclusiones:
La técnica de Yang para ampliación de la raíz aórtica es una técnica reproducible y que permite un aumento del área de la prótesis valvular a implantar, reduciendo el mismatch válvula-paciente. En esta serie de casos se mostró efectiva para lograr funcionalidad valvular adecuada y gradientes transvalvulares bajos. Se requieren estudios prospectivos que evalúen su seguridad y su impacto en desenlaces fuertes de interés como la supervivencia, hospitalizaciones o tasa de reoperación.

53 **Valores de referencia y puntos de corte para dilatación aneurismática de la aorta torácica en adultos: resultados iniciales de una revisión sistemática y metaanálisis**

Carlos José Pérez Rivera; *Leandro Guarín Muñoz; Diego Penagos López; Juan Felipe Victoria Fernández; Daniela Rojas Herrera; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; César Augusto Camargo González; Francisco Mauricio Rincón Tello; Samuel David Martínez Cruz*

Introducción:
La dilatación aneurismática de la aorta torácica constituye una condición clínicamente silenciosa con alto potencial de complicaciones fatales. Su diagnóstico oportuno depende de la disponibilidad de valores de referencia confiables y puntos de corte claramente definidos. Sin embargo, existe una amplia variabilidad en los criterios diagnósticos reportados en la literatura, lo cual dificulta su estandarización clínica.

Materiales y Métodos:
Se está llevando a cabo una revisión sistemática de la literatura según la metodología JBI. Se incluyeron estudios observacionales, transversales, de cohorte, de precisión diagnóstica y otros diseños que reportaran valores normales del diámetro de la aorta torácica o umbrales diagnósticos para aneurisma en población adulta sin enfermedades genéticas predisponentes. La búsqueda se realizó en PubMed, Embase y Scopus hasta mayo de 2025. La evaluación de la calidad metodológica se realizó mediante las herramientas de JBI correspondientes al tipo de diseño. La síntesis se estructura en dimensiones cualitativas y cuantitativas.

Resultados:
Se han incluido 92 artículos que cumplen con los criterios de elegibilidad. Los valores normales del diámetro de la aorta torácica muestran una amplia dispersión, influida por variables como sexo, edad, superficie corporal y técnica de imagen utilizada. El diámetro promedio de la aorta ascendente oscila entre 28.4 mm y 37 mm, con diferencias sistemáticas entre hombres y mujeres. Los puntos de corte para definir aneurisma varían entre >=40 mm y >=55 mm, siendo >=50 mm el umbral más frecuentemente reportado. Algunos estudios utilizan criterios graduales (leve, moderado, severo), mientras que otros aplican valores ajustados por superficie corporal. La prevalencia de dilatación aneurismática en población general adulta es baja, pero varía según el umbral aplicado, con reportes entre 0.1% y 2.5%. Los estudios presentan heterogeneidad metodológica, aunque la mayoría evidenció bajo o moderado riesgo de sesgo.

Conclusiones:
Los resultados preliminares reflejan una falta de consenso en los valores diagnósticos para dilatación de la aorta torácica. La variabilidad en los puntos de corte evidencia la necesidad de generar estándares conforme las necesidades de cada país, considerando ajustes por sexo, edad y superficie corporal. Esta revisión, una vez finalizada, proporcionará una base sólida para mejorar los protocolos de tamizaje, diagnóstico y seguimiento clínico.

VÁLVULA MITRAL, TRICÚSPIDE Y ARRITMIAS

54 Cierre quirúrgico de auriculilla izquierda: implementación de nueva técnica y sus resultados

Alejandro Escobar Uribe; *Rafael José Meza Jiménez; Simón Muñoz González; Johan Sebastián Herrera Vargas; Luis Adrián Bolívar Mejía*

Introducción:
Desde hace décadas está documentado el aumento de riesgo de evento cerebrovascular isquémico trombótico en pacientes con fibrilación auricular o con patología auricular por enfermedad valvular. Muchos de los pacientes llevados a cirugía con estos diagnósticos se benefician del cierre concomitante de auriculilla izquierda. Presentamos una serie de casos de pacientes sometidos a una nueva técnica quirúrgica para lograr el cierre de la auriculilla izquierda en un centro de alta complejidad.

Materiales y Métodos:
Realizamos un registro prospectivo de pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y cierre quirúrgico de auriculilla izquierda implementando una nueva técnica quirúrgica en un centro de alta complejidad, que consta de la obliteración con el uso de doble felpa de fieltro de PTFE y sutura continua transfixiante con polipropileno en dos planos. En algunos pacientes se realizó seguimiento ecocardiográfico para determinar la permeabilidad de la auriculilla. Se presentan datos demográficos y clínicos de los pacientes.

Resultados:
Se intervinieron 10 pacientes, de los cuales el 80% (n=8) fueron hombres y el 20% (n=2) fueron mujeres. La edad promedio fueron 63 años al momento de la intervención. El diagnóstico preoperatorio predominante fue la insuficiencia mitral en un 60% de los casos (n=6). Otros diagnósticos fueron estenosis mitral, enfermedad coronaria severa, estenosis aórtica e insuficiencia tricúspidea. El 20% (n=2) tenían antecedente de fibrilación auricular. En los demás (n=8), se determinó la necesidad de cierre de auriculilla por la dilatación auricular izquierda severa. El 20% (n=2) falleció en el posoperatorio temprano debido a complicaciones asociadas a la complejidad de sus patologías de base y el 80% (n=8) restante fueron dados de alta sin complicaciones. Se hizo seguimiento ecocardiográfico en el 30% (n=3) de los pacientes (tiempo promedio de seguimiento de 16,3 meses), demostrando en todos ellos la obliteración persistente de la auriculilla izquierda.

Conclusiones:
En esta cohorte de pacientes, la técnica quirúrgica implementada permitió un cierre exitoso de la auriculilla izquierda sin complicaciones postoperatorias en la mayoría de los casos y con evidencia ecocardiográfica de obliteración persistente en los pacientes con seguimiento. Aunque los resultados preliminares son alentadores, el tamaño limitado de la muestra impide establecer conclusiones definitivas sobre la efectividad o seguridad del procedimiento. Se requieren estudios prospectivos con mayor número de pacientes y seguimiento sistemático para validar estos hallazgos.

55 Desempeño clínico de la válvula Inspiris Resilia en posición pulmonar: revisión sistemática de la evidencia disponible

Carlos José Pérez Rivera; *Leandro Guarín Muñoz; Diego Penagos López; Guillermo Andrés Portilla Rodríguez; Oscar Sánchez; Federico Núñez; William Ríos; Juan Parra*

Introducción:
La válvula biológica Inspiris Resilia, originalmente diseñada para la posición aórtica, ha sido utilizada de forma creciente en el reemplazo de la válvula pulmonar en pacientes con cardiopatías congénitas. No obstante, su desempeño en esta posición es motivo de debate, con resultados heterogéneos en cuanto a durabilidad, funcionalidad y necesidad de reintervenciones.

Materiales y Métodos:
Se realizó una revisión sistemática de estudios en bases de datos como PubMed, EMBASE, ClinicalTrials y Cochrane Library. Se incluyeron estudios observacionales, series de casos y comparativos que reportaran resultados del uso de la válvula Inspiris Resilia en posición pulmonar. Se extrajeron datos sobre gradientes hemodinámicos, regurgitación, reintervenciones y complicaciones, y se evaluó el riesgo de sesgo con herramientas NOS y ROBINS-I.

Resultados:
Se analizaron ocho estudios publicados entre 2019 y 2025, que evaluaron el comportamiento clínico y hemodinámico de la válvula biológica Inspiris Resilia en reemplazo de la válvula pulmonar. Los estudios incluyeron un total de 269 pacientes, en su mayoría intervenidos en centros de Estados Unidos. Desde el punto de vista hemodinámico, los gradientes máximos transvalvulares reportados oscilaron entre 5,8 y 18 mmHg, con valores promedio considerados bajos y dentro del rango aceptable para bioprótesis pulmonares. No se observaron signos de disfunción protésica precoz atribuible a estenosis en la mayoría de los estudios.
En cuanto a la regurgitación, se documentó progresión hacia regurgitación protésica moderada en hasta el 22% de los pacientes en un estudio, y severa en el 11%, con aparición promedio a los ocho meses postimplante. Sin embargo, otros estudios reportaron tasas de regurgitación moderada o severa inferiores al 5%, o bien no observaron progresión significativa durante el seguimiento. La mortalidad tardía se reportó en un solo estudio, y los eventos de morbilidad fueron escasos, lo que sugiere un perfil de seguridad aceptable en el corto y mediano plazo. No obstante, las limitaciones en el tamaño de muestra, la duración del seguimiento y la heterogeneidad en la metodología impiden extraer conclusiones definitivas sobre su durabilidad.

Conclusiones:
La válvula Inspiris Resilia ofrece buenos resultados iniciales en posición pulmonar, pero su durabilidad temprana plantea dudas cuando se implanta en el RVOT nativo. Las técnicas quirúrgicas y el contexto anatómico parecen ser determinantes clave. En síntesis, la válvula Inspiris Resilia en posición pulmonar muestra un comportamiento hemodinámico favorable y bajas tasas de complicaciones clínicas en los estudios revisados, aunque es indispensable contar con evidencia a largo plazo para confirmar su estabilidad funcional y riesgo de reintervención.

56 Factores asociados a las complicaciones postoperatorias del reemplazo y plastia de la válvula mitral en adultos, estudio unicéntrico del 2013-2024

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Antonia Perilla Orduz; Sergio Andrés Prado Baquero; Natalia Velásquez Solarte; Daniel Alejandro Sabogal Ardila; Laura Daniela García Pérez*

Introducción:
La cirugía de la válvula mitral, que incluye su reparo o reemplazo, es un procedimiento frecuente en adultos dentro de la cirugía cardiovascular. Ambos pueden generar complicaciones postoperatorias en distintos momentos: agudas (primeras 24 h), subagudas (primera semana) y crónicas (hasta 3 meses). Estas complicaciones aumentan la morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y, en algunos casos, requieren nuevas intervenciones. El estudio busca identificar las complicaciones más frecuentes en cada etapa y los factores asociados a su aparición.

Materiales y Métodos:
Casos y controles anidado en una cohorte histórica, evaluando pacientes mayores de 18 años llevados a reparación o reemplazo de válvula mitral en un hospital de lata complejidad en Bogotá entre el 2013 y el 2024 registrados en la base de datos de la unidad de cirugía cardiovascular de la institución. El análisis descriptivo evaluó las variables cuantitativas con gráficos de densidad y prueba de Shapiro-Wilk; las cualitativas con frecuencias. La cohorte se caracterizó por desenlaces para la definición de los casos: mortalidad, fibrilación auricular postoperatoria, sangrado clínicamente significativo y reintervención por sangrado. La fase analítica incluyó la comparación las medias/medianas y proporciones (p<0,05), análisis de interacciones (p<0,1) y estimación de asociaciones preoperatorias con desenlaces mediante OR (IC95%), ajustando por variables intraoperatorias en modelos de regresión logística.

Resultados:
En 300 pacientes operados de válvula mitral (mediana de edad 64 años; 51,3% mujeres; 63,3% de Bogotá), predominó la cirugía combinada con otra intervención (70,3%), mayoritariamente sobre otra válvula o con revascularización coronaria; el abordaje abierto se realizó en el 95% de los casos. La mortalidad fue del 2,7% a 24 horas y del 11,3% a 30 días. Las complicaciones más comunes fueron disfunción ventricular (24,3%), fibrilación auricular de novo (16,3%), movimiento sistólico anormal (16,0%), falla renal (11,0%), lesión de la arteria circunfleja (4,0%) y ACV con daño permanente (4,0%). El sangrado postoperatorio afectó al 11,7%, con reintervención en el 71,4% de ellos.
Las complicaciones agudas y subagudas se asociaron a mayor edad y menor fracción de eyección ventricular izquierda, mientras que las crónicas se vincularon negativamente con proceder de Bogotá y con valores elevados de hemoglobina y hematocrito.

Conclusiones:
Se identificó que quienes presentaron complicaciones agudas o subagudas tendieron a ser de mayor edad y mostraron una menor probabilidad de contar con una fracción de eyección elevada, en comparación con aquellos sin dichas complicaciones. Por su parte, las complicaciones crónicas se asociaron a menor procedencia de Bogotá y a valores más bajos de hemoglobina preoperatoria.
En cuanto a la frecuencia, la complicación más común fue la disfunción ventricular (24,3%), seguida de fibrilación auricular de novo (16,3%), movimiento sistólico anormal (16,0%) y sangrado postoperatorio (11,7%), del cual más de dos tercios requirió reintervención. La mortalidad a los 30 días fue del 11,3%, mientras que la mortalidad temprana (24 horas) alcanzó el 2,67%. También se observaron falla renal postoperatoria (11,0%), lesión de la arteria circunfleja (4,0%) y accidente cerebrovascular con daño neurológico permanente (4,0%).
Al clasificar las complicaciones según su momento de aparición, las agudas se presentaron en el 36% de los pacientes, las subagudas en el 33,3% y las crónicas en el 15%.

57 Prevalencia de fibrilación auricular en postoperatorio de cirugía cardíaca en un hospital de alta complejidad en Bogotá desde el año 2017 al 2022

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Alvaro Eduardo Sánchez Hernández; Antonia Perilla Orduz; Juan Rafael Correa Ortiz*

Introducción:
La fibrilación auricular postoperatoria (POAF, por sus siglas en inglés) es la arritmia más frecuente tras cirugía cardíaca. A nivel mundial, su incidencia se estima en aproximadamente un 30% después de revascularización miocárdica, 40% tras reemplazo valvular y hasta 50% en procedimientos combinados. Esta complicación incrementa la estancia hospitalaria, los costos y el riesgo de eventos tromboembólicos, incluyendo enfermedad cerebrovascular. Aunque la mayoría de episodios ocurren en las primeras 72 horas postoperatorias, existen formas paroxísticas tardías con implicaciones clínicas relevantes. La POAF es de etiología multifactorial y, a pesar de numerosos estudios, no se cuenta con un mecanismo único claramente identificado ni con estrategias preventivas universales.

Materiales y Métodos:
Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía cardiovascular de una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia, entre enero de 2017 y enero de 2022. La identificación de casos se hizo a partir de la base de datos del departamento. Las variables se agruparon en tres categorías: características sociodemográficas y preoperatorias (CSDPreOP), características intraoperatorias (CIOP) y desenlaces postoperatorios (DPostOP). Se evaluaron diferencias entre pacientes con y sin POAF mediante análisis estadístico bivariado, considerando un valor p<0,05 como significativo.

Resultados:
Durante el periodo de estudio se intervinieron 729 pacientes, de los cuales 144 (19,7%) desarrollaron POAF.
En las CSDPreOP, la edad media global fue 63,1±11,4 años, sin diferencia significativa entre quienes presentaron POAF y quienes no (66,4±9,8 vs. 62,3±11,6 años; p=0,29). La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (60,6%), seguida de enfermedad coronaria (50%) y diabetes mellitus (23%). No se encontraron asociaciones relevantes con EPOC, hipotiroidismo o tabaquismo.
En las CIOP, se observaron tiempos de clampeo aórtico y perfusión significativamente mayores en el grupo con POAF (64 vs. 50 minutos; p=0,03 y 85 vs. 81 minutos; p=0,04, respectivamente). La cirugía de válvula mitral fue más frecuente en pacientes con POAF (4,12%) en comparación con el grupo sin POAF (15,5%; p=0,04).
En las DPostOP, la mortalidad intrahospitalaria global fue del 3,16%, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (1,10% en POAF vs. 2,06% en no POAF; p=0,74). Tampoco se evidenciaron diferencias relevantes en bajo gasto postoperatorio, reoperación por sangrado, infarto perioperatorio o falla renal aguda. Sin embargo, la estancia en UCI y el tiempo de hospitalización total fueron significativamente mayores en pacientes con POAF (6 vs. 4 días en UCI, p=0,05; 11 vs. 7 días de hospitalización total, p=0,02).

Conclusiones:
La POAF se presentó con mayor frecuencia en procedimientos de reemplazo valvular mitral (4,12%) y aórtico (3,98%), con incidencias menores a las reportadas en series internacionales. Estas diferencias podrían atribuirse a particularidades poblacionales, estrategias de monitorización y medidas profilácticas implementadas. Los tiempos prolongados de clampeo aórtico y perfusión se asociaron de forma significativa con el desarrollo de POAF, constituyéndose en factores clave a optimizar en la práctica quirúrgica. Aunque la POAF no mostró impacto significativo en la mortalidad o en complicaciones mayores, sí prolongó la estancia en UCI y hospitalaria, con implicaciones clínicas y económicas relevantes.

58 **Reconstrucción mitro-aórtica o cirugía de "Commando": Una solución radical a problemas extremos.**

Gustavo Andrés Prieto González; *Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Dafna García; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos*

Introducción:
La fibrosa mitroaórtica es una estructura de soporte esencial para el corazón, que puede ser profundamente afectada en diversos escenarios como endocarditis con absceso paravalvular o estructurales como procesos de calcificación extensa y múltiples intervenciones valvulares. En estas situaciones, la reconstrucción de la fibrosa mitroarotica o cirugía de "commando" se considera una alternativa radical pero viable para aquellos pacientes considerados "inoperables" en otras circunstancias. Sin embargo, la baja incidencia de casos y de aplicabilidad del procedimiento limita el estudio de resultados a largo plazo. El objetivo de este estudio es analizar los resultados tempranos y de mediano plazo en pacientes sometidos a cirugía de "commando", como objetivo secundario se comparan resultados entre pacientes sometidos al procedimiento por endocarditis frente a otras etiologias.

Materiales y Métodos:
Presentamos una serie de casos retrospectiva de pacientes llevados a cirugía de "commando" entre Julio del 2018 y Junio del 2025 en nuestro centro. Se analizaron variables clinicas, perioperatorias y de seguimiento de la cohorte global. Se reaizó una evaluación entre 2 grupos: endocarditis y otras etiologías. El seguimiento se efectuó mediante contacto telefonico, con previa obtención de consentimiento verbal. El estudio contó con la aprobación del Comité Técnico Científico y el Comité de Ética de nuestra institucion.

Resultados:
Un total de 37 pacientes fueron incluidos, con una indicación quirurgica de endocarditis en 29 pacientes (78.38%) y otras etiologías en 8 pacientes (27.62%). La edad promedio fue de 54 años (IQR 43-68), comparable entre ambos grupos. La historia de cirugía cardiaca previa fue más frecuente en el grupo de otras etiologías comparado al de endocarditis (n= 8 vs 17, 100% vs 58.62%). La mortalidad operatoria fue de 5 pacientes (13.51%), con una presentación en su totalidad en el grupo de endocarditis. El seguimiento promedio fue de 20.18 meses. 4 pacientes fallecieron en el seguimiento, todos correspondientes al grupo de otras etiologia. La supervivencia general a 1 y 3 años fue de 80.19% (95% CI: 62.80%–90.05%) y 68.89% (95% CI: 45.44%–83.86%) respectivamente. La supervivencia al año del grupo de endocarditis comparado al de otras etiologias fue de 78.44% (95% CI: 58.09–89.71%) vs 85.71% (95% CI: 33.41–97.86%).

Conclusiones:
El procedimiento de "commando" se plantea como una alternativa aplicable en paises de medianos ingresos para pacientes considerados "inoperables". Las causas infecciosas a pesar de condicionar un perfil de alto riesgo de morbimortalidad temprana, tienen un tiempo de sobrevida similar e incluso mejor que los pacientes sometidos a cirugía de commando por otras causas.

RESÚMENES DE VIDEOS DE PROCEDIMIENTOS

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS NIÑOS

59 **Reemplazo total de aneurisma de aorta torácica en un niño. Una estrategia simple**

Pablo Sandoval Trujillo; *Tomás Chalela Hernández; Carlos Andrés Villa Hincapié; Carlos Eduardo Obando López; Jaime Camacho Mackenzie; Néstor Sandoval Reyes*

Introducción:
Los aneurismas de aorta torácica en la población pediatrica son patologías muy infrecuentes. Por lo general se asocian a malformaciones genéticas tales como el Síndrome de Marfan o Loyes-Dietz. La cirugía en estos pacientes esta indicada cuando el aneurisma presenta un tamaño significativo o se realiza de manera electiva para prevenir posibles complicaciones. En el siguiente video presentamos un manejo quirúrgico realizado en un niño con factores hereditarios previamente identificados.

Materiales y Métodos:
Se realizo un procedimiento quirurgico en un paciente de 19 meses:
- Circulación extracorpórea con canulación arterial en la arteria innominada y la aorta descendente, y canulación venosa en la aurícula derecha.
- Hipotermia moderada y perfusión cerebral selectiva anterógrada.
- La aorta ascendente, el arco transverso y la aorta descendente fueron reemplazados con un injerto de Dacron (22 mm) con reimplantación independiente de los vasos del cuello.
Tiempo de pinzamiento aórtico: 77 minutos.
Tiempo de circulación extracorpórea: 130 minutos.
Perfusión cerebral selectiva anterógrada: 24 minutos.

Resultados:
El paciente fue extubado 12 horas después de la operación, pero debido a una disfunción de las cuerdas vocales se realizó una traqueostomía.
Posteriormente presento una evolución postoperatoria adecuada y fue dado de alta a su casa al día 23.
Se realizó una evaluación genética y se identificó el gen EFEMP2, relacionado con la Cutis Laxa autosómica recesiva tipo 1B, una enfermedad genética rara que presenta diversas manifestaciones clínicas, incluyendo aneurismas aórticos.

Conclusiones:
Las técnicas simples con reimplantación de los vasos del cuello pueden ser la solución para un caso muy inusual de aneurisma torácico en un niño.
• Se debe realizar una evaluación genética exhaustiva en estos pacientes con presentaciones poco frecuentes para identificar posibles complicaciones adicionales.

60 **Urgent surgical repair in a child with Tetralogy of Fallot, Aortic Coarctation, and Right Aortic Arch associated with sternal cleft**

Sara Cifuentes Navarrete; *Nicolás Núñez Ordóñez; Andrés Felipe Jiménez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Julián Senociain González; Tomás Chalela Hernández; Carlos Eduardo Obando López; Jaime Camacho Mackenzie; Néstor Sandoval Reyes*

Introducción:
A 10-month-old girl who was found during a medical mission on a Caribbean island and referred to us with a severe cardiac anomaly associated with upper sternal cleft. There are many publications on how to fix the sternum in an sternal cleft scenario. In our case, the patient was in a very ware condition, so we chose a minimally invasive strategy through the cleft in order to protect the sternum. The echocardiogram showed Tetralogy of Fallot with severe infundibular stenosis, saturation of 75% and severe aortic coarctation and right aortic arch. The Angio CT showed the right aortic arch with aortic coarctation of 2 mm before the take-off of the subclavian artery.

Materiales y Métodos:
The patient was taken to the OR. We open the chest, and we use a piece of tubing fixed to the surgical drapes in order to protect the sternum and keep the incision open. We open the right innominate artery, and we anastomosed a goretex graph in order to insert the arterial canula for bypass. We canulate the right atrial appendix to insert the venous canula. As we do in minimally invasive surgery, we place inferior canula underneath the xiphoid process. Once on bypass we dissected the neck vessels and we put a vessel loop to prepare for the selective cerebral perfusion. Clamp de aorta and give antegrade cardioplegia. We open the descending aorta before the coarctation and then we open de coarctation segment. We start doing the posterior wall anastomosis and then we enlarge the posterior wall with pericardial bovine. We removed the descending aortic clamp, gave another dose of cardioplegia. Then we open the right atrium , expose the right ventricular outflow tract, then we open the pulmonary artery above the pulmonary valve and the we open the infundibulum. We pass the Hegar dilatator with the C value of the patient and finish the resection of the endocardial fibroelastosis of the right ventricle to remove the stenosis. We close de VSD with a goretex patch. Then close the pulmonary arteriotomy with another piece of pericardial bovine patch with running suture. We test de tricuspid valve, close the right atrium with doble running suture, de aired the heart and remove the aortic cross clamp. The heart recovered its rhythm, and we closed the chest in a regular way without wires.

Resultados:
The postoperative echocardiogram showed good results with a peak gradient of 29 mm of mercury at the right outflow tract. The patient had a good recovery.

Conclusiones:
Emergency situations in rare and difficult cases require precise procedures. The preservation of a chest cage at the level of the xiphoid process is important for a favorable postoperative recovery. Our center's experience in minimal invasive surgery and selective cerebral perfusion techniques, allow us to safely perform this combined operation of aortic arch anomaly and critically Tetralogy of Fallot. Sternal repair can be performed later in older patients under optimal conditions.

CORONARIAS

61 **Disección coronaria espontánea extensa de la arteria descendente anterior en paciente joven: reporte de caso y revisión.**

Carmen Milena Espinel Rueda; *Carlos Alberto Arias Páez; Pablo Antonio Guerra León; Andrea Bustamante Bedoya; Paula Juliana Botero Granados*

Introducción:
La disección coronaria espontánea (SCAD) es una causa no ateroesclerótica de síndrome coronario agudo, frecuente en mujeres jóvenes (40-50 años), con una incidencia del 1-5% de infartos y una razón mujer-hombre de 5-10:1. Factores predisponentes incluyen estrés, displasia fibromuscular, embarazo, multiparidad y enfermedades del tejido conectivo. Ocurre por hemorragia de la pared arterial que forma un hematoma intramural, estrechando la luz del vaso. El 95% presenta dolor torácico y el 50% disnea; entre 26-87% debutan con SCACEST y 13-69% con IAMSEST. Su manejo difiere del de origen ateroesclerótico.

Materiales y Métodos:
Paciente de 44 años con antecedente de hipertensión arterial que acude al servicio de urgencias por cuadro de inicio de dolor torácico opresivo sin irradiaciones, de alta intensidad posterior a estrés emocional intenso. Al ingreso con cifras tensionales elevadas 160/110 mmhg, electrocardiograma con cambios isquémicos en pared anterior y troponina elevada por lo que se lleva a coronariografía encontrando lesión extensa de descendente anterior con compromiso de luz del vaso desde emergencia de primera diagonal en toda su extensión hasta ápex, confirmando con angioTAC coronario disección extensa de toda su trayectoria. Ecocardiograma transtorácico con FEVI 45% y trastornos de contractilidad en pared anterior.

Resultados:
Se consideró paciente con disección de arteria descendente anterior con compromiso del tercio proximal, por lo que en junta médico quirúrgica se consideró tratamiento quirúrgico, arteriotomía extensa con permeabilización de la luz verdadera y reconstrucción de arteria con parche de arteria mamaria derecha in situ. Ecocardiograma intraoperatorio con mejoría de contractibilidad de cara anteroseptal.

Conclusiones:
La detección temprana de la disección coronaria espontánea (DCE) es fundamental, ya que su abordaje terapéutico difiere considerablemente del tratamiento del infarto de miocardio de origen aterosclerótico. Sin embargo, su diagnóstico puede resultar desafiante debido a la similitud clínica con SCA. El tratamiento suele ser conservador, ya que entre el 70 y 97% de los casos se resuelven espontáneamente. Se indican antiagregantes (como ácido acetilsalicílico) y betabloqueadores para reducir recurrencias. La revascularización urgente se reserva para isquemia miocárdica persistente, inestabilidad hemodinámica, shock cardiogénico o disecciones en tronco coronario izquierdo, tercio proximal de la descendente anterior u orígenes de coronarias principales. En estos casos, los injertos arteriales como la mamaria interna son la mejor opción. (4)
Con respecto a la técnica quirúrgica, se requiere de la diferenciación entre la luz verdadera y la falsa para la adecuada restauración del flujo sanguíneo, generalmente se realiza a través del cateterismo, angiotomografía, ultrasonografía intravascular (IVUS), o directamente en cirugía creando una anastomosis abierta que incluya ambas luces (5). En este caso, teniendo en cuenta la gran extensión de la disección y trombosis de la falsa luz, se planteó la angioplastia guiada con ecografía directa, se describen casos en la literatura de la utilización de un balón cortante que permite fenestrar la pared de la íntima generando que el hematoma intramural drene hacia la luz, con tasas de éxito de hasta 94% (6).

TERAPIA TRANSCATÉTER DE LA VÁLVULA AÓRTICA - TAVI

62 **Uso de energía bipolar avanzada para toma de injerto radial en revascularización cardíaca: Técnica quirúrgica y consideraciones anatómicas**

Camila Saravia Zuluaga; *Francisco Mauricio Rincón Tello; Aura María Rivera Herrera; Esteban Correa Ríos*

Introducción:
La arteria radial fue propuesta por primera vez como conducto para revascularización coronaria en 1970. Sin embargo, a diferencia de la vena safena o de otros conductos arteriales, su uso no se desarrolló ampliamente en cirugía coronaria hasta la última década, en la cual la literatura ha demostrado su mayor permeabilidad y durabilidad en comparación con los injertos de vena safena . Anatómicamente, a diferencia de la vena safena que se encuentra en un plano subcutáneo superficial, la arteria radial requiere una disección más profunda y un conocimiento preciso de la anatomía neurovascular y muscular del antebrazo. La técnica quirúrgica cuidadosa es esencial para evitar lesiones a estructuras adyacentes y complicaciones como sangrado o síndrome compartimental.

Materiales y Métodos:
Durante la planificación quirúrgica se realizan pruebas clínicas de Allen y estudios radiológicos con ecografía Doppler como evaluaciones preliminares obligatorias. Para la exposición óptima, el brazo no dominante se posiciona en extensión y supinación completa sobre un soporte, en una posición natural que evite lesiones por presión o posicionamiento inadecuado. Se marca una incisión curvilínea suave siguiendo el trayecto del músculo braquiorradial, desde 2 cm por debajo de la fosa antecubital hasta justo por encima del pliegue de la muñeca, cuidando las estructuras nerviosas que inervan la región tenar. La incisión se realiza a través de la piel y tejido subcutáneo. Se utiliza electrobisturí y energía bipolar avanzada para una técnica de disección "sin clips", coagulando y dividiendo cuidadosamente estructuras superficiales y ramas vasculares, reduciendo el uso de clips y minimizando la propagación térmica. La disección continúa a través de la fascia hasta visualizar el músculo braquiorradial. La arteria radial se localiza habitualmente por debajo y medial al braquiorradial, y lateral al flexor radial del carpo. Se realiza una disección roma asistida por bipolar hasta exponer la arteria en su tercio medio. Se coloca un clamp vascular tipo "bulldog" proximalmente para ocluir temporalmente el flujo y facilitar la manipulación segura del vaso, verificando la permeabilidad y la comunicación vascular de los arcos palmares. Con la arteria levemente elevada mediante retracción suave, se identifican y dividen sistemáticamente las venas comitantes y ramas musculares pequeñas usando energía bipolar, lo que acelera la disección, reduce el sangrado y minimiza la manipulación del injerto. Una vez alcanzada la longitud deseada, los extremos distal y proximal se dividen con cauterio bipolar, logrando un sellado preciso y hemostático. El injerto se lava con solución salina heparinizada y se conserva hasta su anastomosis al blanco coronario. El cierre se realiza en dos planos: con sutura reabsorbible multifilamento sobre el plano muscular y fascia superficial, y sutura monofilamento reabsorbible continua en piel.

Resultados:
El uso de energía bipolar avanzada permite una disección rápida, precisa y hemostática de la arteria radial. La técnica descrita reduce el trauma tisular, minimiza el tiempo quirúrgico y preserva la calidad del injerto para la revascularización miocárdica

Conclusiones:
La arteria radial representa una alternativa confiable y duradera a la vena safena para revascularización coronaria. La técnica de extracción asistida con energía bipolar avanzada optimiza la seguridad, eficiencia y resultados del procedimiento, posicionándola como una herramienta valiosa en la cirugía cardíaca moderna.

63 **SAVR after TAVR - Explante quirúrgico de prótesis aórtica percutánea (TAVI) por complicación mecánica y endocarditis**

Francisco Mauricio Rincón Tello; *Angela María Rivera Rincón*

Introducción:
Paciente masculino en la octava década de la vida con múltiples comorbilidades: enfermedad coronaria multivaso (con antecedente de angioplastia), diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del 30%. En abril de 2025 fue sometido a un implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI) debido a insuficiencia aórtica severa, insuficiencia mitral moderada a severa y falla cardíaca, dada su contraindicación para cirugía convencional por el alto riesgo quirúrgico. Durante la misma hospitalización desarrolló un bloqueo auriculoventricular completo que requirió implante de un dispositivo de resincronización cardíaca

Materiales y Métodos:
En mayo de 2025 reingresó con síntomas neurológicos, documentándose un evento cerebrovascular embólico en la arteria cerebral media derecha. Un ecocardiograma mostró parafuga moderada y engrosamiento de la membrana mitroaórtica. Durante su hospitalización presentó fiebre persistente y hemocultivos positivos para Escherichia coli BLEE, lo que levantó sospecha de endocarditis protésica. Se realizó un PET-SCAN que evidenció captación inflamatoria en la válvula aórtica y en el bolsillo del dispositivo de resincronización. Dado su EuroScore II de 25.5%, se discutió el caso en junta médico-quirúrgica y se optó inicialmente por manejo antibiótico.
Tres semanas después, presentó disnea a medianos esfuerzos y edema de miembros inferiores. Un nuevo ecocardiograma reveló una parafuga moderada en la prótesis aórtica asociada a un saco hipoecoico sugerente de pseudoaneurisma en la fibrosa mitroaórtica, con perforación y fístula hacia la aurícula izquierda, además de vegetaciones móviles (2.1 x 0.6 cm) y perforación de 0.5 cm en la valva anterior mitral. Los hemocultivos persistieron positivos para E. coli BLEE. Ante la evolución clínica y ecocardiográfica, se confirmó endocarditis infecciosa por criterios de Duke y se planteó cirugía.

Resultados:
El procedimiento incluyó explante de la prótesis aórtica (Sapien 3), reemplazo valvular aórtico y mitral, y retiro del dispositivo de resincronización. Durante la cirugía se evidenció cardiomegalia, dilatación de la raíz aórtica (47 mm), absceso perforante en la cortina mitroaórtica con extensión hacia la valva y anillo mitral anterior, y vegetaciones en las valvas de la prótesis. En el bolsillo del dispositivo se encontró pus, y se resecó todo el sistema. Durante el procedimiento, tras la reconstrucción y salida de circulación extracorpórea, el paciente recuperó ritmo sinusal, por lo que se decidió no implantar un nuevo marcapasos, dejando electrodos epicárdicos de forma preventiva.
Se enviaron muestras de tejido valvular, cortina mitroaórtica y del bolsillo a cultivo, todas negativas, probablemente por el uso previo de antibióticos de amplio espectro. Se utilizó una membrana de hemoadsorción Jafron en el circuito de circulación extracorpórea como estrategia frente a la tormenta de citoquinas. El tiempo de pinzamiento aórtico fue de 87 minutos y el de circulación extracorpórea de 99 minutos.
El postoperatorio fue favorable: se retiró la ventilación mecánica a las 6 horas, los vasopresores a las 48 horas y se mantuvo ritmo sinusal. El ecocardiograma de control mostró funcionamiento adecuado de las prótesis sin parafugas. Fue dado de alta al día 12 postoperatorio.

Conclusiones:
Este caso ejemplifica la complejidad del manejo de la endocarditis en TAVI, destacando el rol del abordaje multidisciplinario, el valor diagnóstico del PET-SCAN y la necesidad de estrategias quirúrgicas avanzadas en escenarios de alto riesgo.

VÁLVULA AÓRTICA Y ASCENDENTE

64 **Abordaje híbrido de aneurisma aórtico ascendente en paciente con síndrome de Turner; un reporte de caso**

Gustavo Andrés Prieto González; *Santiago Bottia Córdoba; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos*

Introducción:
El síndrome de Turner (ST) es una cromosomopatía caracterizada por monosomía parcial o completa del cromosoma X, asociada a diversas malformaciones cardiovasculares, entre ellas coartación aórtica, aneurismas y válvula aórtica bicúspide. Estas anomalías suponen un factor de riesgo para dilataciones aneurismáticas y disecciones. Presentamos el caso de una paciente adulta con ST y hallazgos incidentales de aneurismas múltiples de aorta y arteria subclavia, tratada quirúrgicamente.

Materiales y Métodos:
Se presenta el caso de una paciente femenina de 40 años, con antecedente de ST y antecedente quirúrgico de cierre de comunicación interventricular en la infancia. Quien se encontraba en protocolo pre-quirúrgico para una cirugía ortopédica, durante el cual se documenta un hallazgo incidental en angio-TAC toracoabdominal: raíz aórtica de 41 mm (índice diámetro/ASC: 2,8 cm/m^2), aorta descendente proximal de 38 mm (índice diámetro/ASC: 2,6 cm/m^2), tortuosidad aórtica, gran aneurisma de arteria subclavia izquierda en su primera porción y dilatación de aorta descendente. Dados estos hallazgos, se llevó a junta médico-quirúrgica y se indicó corrección quirúrgica electiva.

Resultados:
Se realizó sustitución de raíz y aorta ascendente con preservación valvular aórtica mediante la técnica de David, reemplazo de cayado aórtico con prótesis híbrida Thoraflex™ 28/30×150 mm mediante técnica de trompa de elefante congelada. Con perfusión cerebral selectiva anterógrada e hipotermia moderada y bypass extraanatómico a arteria subclavia izquierda. Con hallazgos intraoperatorios de: aorta dilatada (42 mm en raíz), válvula aórtica bicúspide tipo 0 por fusión de velos coronarianos, perforación de velo no coronariano (7×8 mm), aneurisma del origen de subclavia izquierda (4 cm), coartación leve en cayado y aneurisma distal. Cursó con una evolución postoperatoria favorable: 4 días en unidad de cuidados intensivos y 5 días en hospitalización general, sin complicaciones inmediatas y con rehabilitación cardiovascular adecuada.

Conclusiones:
El compromiso aórtico en el ST es frecuente y multifactorial, vinculado a la displasia de la túnica media y a malformaciones congénitas asociadas, como válvula aórtica bicúspide y coartación aórtica. La combinación de dilatación de raíz, aneurismas múltiples y patología de subclavia, como en este caso, es infrecuente y supone un reto terapéutico. Emplear el procedimiento de David asociado a reemplazo de cayado con técnica de trompa de elefante congelada y bypass extraanatómico permitió abordar simultáneamente todas las lesiones, optimizando la supervivencia y reduciendo el riesgo de reintervenciones. La detección incidental en un estudio no cardiovascular subraya la importancia de la vigilancia imagenológica en pacientes con ST, incluso asintomáticas, para prevenir complicaciones catastróficas como la disección aórtica.
Este caso ilustra la relevancia de un abordaje integral, multidisciplinario y basado en técnicas híbridas para el manejo de patología aórtica compleja en el ST, así como el valor de la preservación valvular en pacientes jóvenes para evitar anticoagulación crónica y preservar la función cardiovascular a largo plazo.

VÁLVULA MITRAL, TRICÚSPIDE Y ARRITMIAS

65 **MAZE IV en cardiopatía dilatada con auriculomegalia severa. Un reto quirúrgico**

Andrés Motta Amar; *Kevin Maldonado Cañón; Isabel Montero; Valentina Pérez; Juan David Acosta Peláez; Germán Ricardo Molina Marroquín; Javier Darío Maldonado Escalante*

Introducción:
El procedimiento de MAZE IV es considerado actualmente el estándar quirúrgico para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) concomitante a otras cardiopatías con indicación quirúrgica. Mediante un patrón de líneas específicas, con crioablación o radiofrecuencia se realizan múltiples cicatrices para bloquear la conducción eléctrica anómala. En algunos casos, la dilatación significativa de la aurícula izquierda puede comprometer el éxito de la ablación. Por esto, estrategias como la aurículoplastia para reducción volumétrica, se han propuesto como intervenciones útiles. Este video ilustra la técnica quirúrgica de MAZE IV con aurículoplastia, destacando puntos anatómicos clave y estrategias quirúrgicas para optimizar resultados.

Materiales y Métodos:
Se documenta en video el caso clínico y abordaje quirúrgico de un paciente con FA persistente y auriculomegalia izquierda. Mediante un abordaje estándar por esternotomía mediana. Se realizó un procedimiento de MAZE IV con crioablación y radiofrecuencia. Se realizó auriculoplastia con cortes segmentarios para reducción volumétrica de la aurícula izquierda. Concomitantemente fue realizado un reemplazo mitral y valvuloplastia tricúspidea con anillo. En el video se detalla el abordaje quirúrgico, "Tips and Tricks" para la canulación, abordaje quirúrgico y reparos anatómicos para el procedimiento anti-arritmia y la auriculoplastia, así como la técnica de cierre.

Resultados:
La paciente presentó buena evolución postoperatoria, con egreso de la UCI al quinto día y del hospital al noveno día. El Holter de control evidenció reversión a ritmo sinusal, y la ecocardiografía mostró reducción del volumen de la aurícula izquierda a 52 mm

Conclusiones:
El video presentado constituye una herramienta útil para el abordaje quirúrgico de paciente con auriculomegalia en quienes se considere requieren cirugía antiarritmia/ reducción volumétrica de la aurícula. Además expone elementos útiles para el abordaje y realización del MAZE IV, recopilados a partir de nuestra experiencia.

66 **Reconstrucción de la fibrosa mitro-aórtica como tratamiento quirúrgico para la disrupción crónica del surco aurícula-ventricular, una solución radical a un problema extremo.**

Gustavo Andrés Prieto González; *Sebastián Rebolledo; Johiner Jahir Vanegas Antolínez; Lorena Montes Villalobos*

Introducción:
La disrupción del surco aurículo-ventricular es una grave complicación de la cirugía valvular mitral, con una incidencia se calcula en torno al 0,5% y lleva a una mortalidad estimada entre el 50 a 90% incluso con manejo quirúrgico. Su presentación es generalmente de carácter agudo o subagudo y la presentación crónica ha sido raramente reportada

Materiales y Métodos:
Presentamos el caso de una mujer de 66 años con historia de remplazo valvular mitra por mínimo acceso en 2017, quien en 2022 requiere nuevo procedimiento por disfunción protésica. consulta con clínica de falla cardiaca y deterioro progresivo de clase funcional 2 años después de su ultimo procedimiento. el estudio diagnostico se amplia con ecocardiograma trasesofagico que muestra una FEVI del 40% con una prótesis mitral atrializada, multiples leaks periprotesicos y perdida de continuidad mitroaortica. Adicionalmente, se realiza angiotac torácico que es compatible con disrupción del surco aurícula-ventricular con presencia de pseudoaneurisma posterior. La paciente es remitida a nuestro centro con propuesta de trasplante cardiaco.

Resultados:
La paciente es presentada en junta multidisciplinar en la que se recomienda manejo quirúrgico para remplazo valvular mitral, reconstrucción el surco aurícula-ventricular, reconstrucción de la fibrosa mitro-aortica y reemplazo valvular aórtica usando el procedimiento "commando" como método de acceso a la válvula mitral disfucional y mejorando el acceso al anillo posterior mitral. La paciente se interviene de forma exitosa y se documenta con un video en el que se exponen las pruebas diagnósticas relevantes y el procedimiento quirúrgico realizado.

Conclusiones:
Este caso demuestra la utilidad del procedimiento "Commando" en el manejo quirúrgico de patologías complejas que involucran la válvula mitral y aórtica, y puede constituir la única alterativa de tratamiento eficaz en dichas situaciones.