

V3

52. ANILLO AÓRTICO PEQUEÑO: AORTOTOMÍA TRANSANULAR EN «T-INVERTIDA» PARA LA AMPLIACIÓN ANULAR EN EL RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO

García Fuster R, Vázquez A, García A, Martín E
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: las técnicas clásicas de ampliación del anillo aórtico suelen extender la aortotomía a través del anillo por la comisura posterior o el seno no coronariano. Frecuentemente precisan incidir el velo anterior mitral y/o abrir el techo auricular para una ampliación suficiente. Presentamos una variante de la técnica de Nicks-Núñez que permite una mayor ampliación sin involucrar a estas estructuras.

Material y métodos: mujer de 72 años con estenosis aórtica grave, anillo de 17 mm, ángor y disnea *New York Heart Association* (NYHA) III. Esternotomía y circulación extracorpórea (CEC) estándar. Tras la aortotomía se confirmó un diámetro anular inferior a 19 mm. Se extendió la incisión a través de la comisura NC-Cl, rebasando el anillo hasta la base del velo mitral. Luego, se prolongó horizontalmente hacia ambos lados en dirección al nadir de los velos adyacentes completando una incisión infraanular en «T-invertida». Esto

permitió un despliegue extenso de la raíz y la sutura de un amplio parche cuadrangular sobre la base del velo mitral. El anillo aórtico triangular quedó transformado en un anillo cuadrangular, permitiendo implantar una bioprótesis Carpentier-E Magna de 21 mm.

Resultados: los ecocardiogramas intra y posquirúrgico mostraron una bioprótesis normofuncionante (gradiente pico: 9 mmHg; área efectiva: 1,9 cm²). La cinerresonancia magnética (cine-RM) confirmó un flujo laminar con excelente hemodinámica. Evolución clínica sin complicaciones con estancia postoperatoria de 6 días.

Conclusiones: la técnica presentada permite una ampliación eficaz del anillo aórtico (sobredimensión protésica mínima de dos tamaños) sin necesidad de incidir el velo mitral o el techo de la aurícula izquierda. Esto permite reducir la complejidad técnica y la posibilidad de complicaciones secundarias.

V4

69. EXPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER COREVALVE

González Rodríguez JR, González de Diego JF, Khan Ulla I, Sánchez Domínguez E, Pineda Correa T, Said Tarhini I, Del Cojo Peces E, Macías Pingarrón JP
Hospital Infanta Cristina, Badajoz

Objetivos: presentación mediante vídeo del explante de válvula aórtica transcatéter CoreValve.

Material y métodos: caso clínico de un varón de 83 años con múltiples antecedentes patológicos. Se intervino de implante de válvula aórtica transcatéter por vía femoral mediante punción. Durante el procedimiento hubo problemas de posicionamiento de la válvula.

Resultados: el paciente quedó con una insuficiencia valvular aórtica grave periprotésica y central. Evolucionó a edema

agudo de pulmón. Se realizó extracción de válvula aórtica CoreValve mediante cirugía con circulación extracorpórea. Implante de válvula aórtica biológica y sustitución de aorta ascendente por disección. La evolución del paciente fue satisfactoria, no presentando complicaciones.

Conclusiones: el implante de válvulas aórticas transcatéter no es una técnica exenta de complicaciones. Los diferentes modelos y accesos para implantarlas hace necesaria la colaboración de equipos multidisciplinarios en quirófanos híbridos.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

