

## P67

**195. CIRUGÍA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO EN EL ENFERMO CRÍTICO**

Aguilar Jiménez JM, Candela Navarro G, Valencia Díaz YF, Calleja Hernández M, Lara Torrano J, López Checa S, Abdallah A, Gomera Martínez F, Esteban Molina M, Santalla Rando A

*Hospital Virgen de las Nieves, Granada*

La extracción de los trombos pulmonares en el tromboembolismo pulmonar masivo antes de 1953 (operación de Trendelenburg) cosechó fracaso tras fracaso. Desde el advenimiento de la circulación extracorpórea (CEC) el porcentaje de éxito de esta operación mejoró notablemente, no habiendo dejado de aumentar hasta la actualidad, existiendo series que reflejan porcentajes de hasta el 94% de supervivencia inmediata, con 86 y 83% de supervivencia actuarial a 1 y 3 años.

Presentamos un caso de paciente varón de 35 años sin enfermedad previa ni antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica. Consulta por insuficiencia respiratoria, siendo diagnosticado por tomografía computarizada de tromboembolismo en AP izquierda, la cual ocluye. El ECO-Doppler de MMII descarta trombosis venosa profunda (TVP). Una nueva tomografía computarizada informa de persistencia de la obstrucción de AP izquierda y sus ramas, que parece haber aumentado. En ecocardiografía transtorácica (ETT) dilatación

de cavidades derechas con función de ventrículo derecho (VD) normal y presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 70 mmHg. Los estudios para investigar trombofilia fueron negativos.

Tras unos días empeora su situación, produciéndose dos paradas cardiorrespiratorias, de las que es reanimado y tratado inmediatamente con TNK. La tomografía computarizada muestra la existencia de nuevo episodio de tromboembolismo pulmonar que afecta a la AP derecha gravemente.

Es intervenido quirúrgicamente bajo CEC sin parada circulatoria, extrayéndose molde trombótico de tronco y ambas ramas de la AP. La evolución postoperatoria fue favorable. En tomografía computarizada de control se observan limpios el tronco y las ramas de la AP, con cierto compromiso en ramas subsegmentarias de la AP izquierda.

Se muestran imágenes de la intervención y tomografía computarizada pre y posquirúrgicas.

## P68

**199. LESIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO EN DRENAJE VENOSO ANÓMALO**

Carrero Gómez FJ, Daroca Martínez T, Gómez Vidal MA, Vignau Cano JM, López González A, Corrales Mera JA, Bermúdez García AJ, Tena Pajuelo M.<sup>a</sup>A

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

Paciente de 16 años con el diagnóstico de comunicación interauricular (CIA) tipo seno venoso con drenaje venoso anómalo es intervenida en nuestro centro, interponiendo parche de pericardio autólogo sobre el orificio de la CIA de 3 × 2 mm, excluyendo la aurícula derecha (AD) y recanalizando el drenaje de la vena pulmonar superior derecha hacia la aurícula izquierda. Para cerrar la auriculotomía derecha se

interpone un neotecho con pericardio autólogo. La paciente presentó quilotórax en el postoperatorio, por lo que hubo que reintervenirla para subsanar el problema. La dificultad de esta cirugía radica en diagnosticar mediante pruebas de imagen la localización del conducto torácico, siendo el conocimiento anatómico de su recorrido fundamental para el abordaje quirúrgico.



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**