TP41

125. MORTALIDAD EN LAS DISTINTAS TÉCNICAS PARA ANEURISMAS DE RAÍZ AÓRTICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Tena Pajuelo MA, Vignau JM, Corrales JA, Daroca T, Gómez M, Bermúdez A
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Fundamento: las técnicas quirúrgicas para aneurismas de raíz aórtica han evolucionado de manera espectacular, precisando cada vez un conocimiento mayor acerca de su patología.

En este estudio, se comparan las técnicas actuales y nuestra tasa de mortalidad en cada una de ellas.

Métodos: desde 1990-2012, 88 pacientes se sometieron a cirugía de raíz aórtica programada (edad media 68 años); 13 pacientes fueron intervenidos mediante técnica de reconstrucción de raíz con resuspensión valvular (David), 34 mediante sustitución con conducto valvulado mecánico (Bentall), 4 Yacoub (remodelado), 11 homoinjerto y 26 plastia aórticas.

Resultados: la mortalidad ocurrió en 3 pacientes sometidos a Bentall (1 por fallo multiorgánico, hemorragia incoercible al año y muerte súbita), ninguno sometido a David, Yacoub u homoinjerto.

Conclusiones: las técnicas quirúrgicas que actualmente se conocen para la sustitución de raíz aórtica son eficaces y duraderas. Observamos tasa de mortalidad mayor en Bentall, pero la edad pudo ser un factor de confusión, ya que eran de mayor edad los de dicho grupo.

TP42

135. PERFUSIÓN POR SUBCLAVIA DERECHA EN DISECCIONES TIPO A

Vignau Cano JM, Daroca Martínez T, Corrales Mera JA
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Objetivo: presentar los resultados de disecciones aórticas tipo A a las que se realizó perfusión sistémica y cerebral selectiva a través de subclavia derecha. Apoyar las ventajas de la perfusión cerebral selectiva anterógrada a través de esta vía.

Material y métodos: estudio descriptivo de 9 disecciones aórticas tipo A.

Resultados: a todos se les realizó perfusión sistémica y cerebral selectiva a través de tubo de dacrón anastomosado a subclavia derecha. En los 9 casos la puerta de entrada se encontraba en la raíz y/o aorta torácica ascendente, en 5 casos existía una insuficiencia aórtica grave, en 2 pacientes se implantó un tubo valvulado. En dos casos se objetivó ausencia de pulso en tronco braquiocefálico tras sustitución de aorta, utilizando en ellos el injerto de dacrón usado para la perfusión anastomosado a la neoaorta para perfundir el mismo. Dos pacientes fallecieron en quirófano por hemorragia incoercible. Los 7 supervivientes no presentaron déficits neurológicos relacionados con la perfusión cerebral, 1 paciente presentó un síndrome de Claude Bernard Horner con posible relación con la disección quirúrgica de la subclavia.

Conclusiones: la perfusión por arteria subclavia es una vía adecuada y segura para dar una perfusión sistémica; la perfusión cerebral selectiva por esta vía es cómoda tras aislar los troncos braquiocefálicos; también nos ofrece la posibilidad de garantizar la perfusión del territorio del tronco braquiocefálico en los casos en los que esté afectado.

BIOMED
unidix
Especialistas en cirugía cardiovascular
desde 1977 al cuidado de tu salud
91 803 28 02
info@biomed.es