

TP51

126. PACIENTE CON ENFERMEDAD CORONARIA Y DISECCIÓN AÓRTICA IATROGÉNICA TRAS CATETERISMO: UTILIDAD DE LA CIRUGÍA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Fernández Arias L

Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

Presentamos el caso de una mujer de 63 años sin antecedentes personales de interés, salvo hábito tabáquico, que acudió a nuestro hospital por presentar dolor centrotorácico de características anginosas tras un esfuerzo moderado. El electrocardiograma (ECG) muestra elevación de ST en cara inferior, por lo que se decide realizar cateterismo urgente en el que se objetiva enfermedad significativa de tronco coronario izquierdo (lesión de 70% en tronco coronario izquierdo [TCI] distal) y dos vasos: 90% arteria descendente anterior media y 100% en arteria coronaria derecha media. Se intenta realizar intervencionismo sobre la lesión de la coronaria derecha (CD) que resulta fallido al no conseguir progresar la guía intracoronaria a través de la lesión. Además, durante el procedimiento se produce disección iatrogénica en la raíz aórtica a nivel del seno de Valsalva derecho, contenida y no progresiva. La paciente ingresa en unidad coronaria para monitorización y

tratamiento antianginoso. En ecocardiograma transtorácico se objetiva acinesia inferolateral.

Se indica realización de intervención quirúrgica de revascularización miocárdica precozmente. En cuanto a la disección iatrogénica de aorta, dado que es contenida y no progresiva, se decide manejo conservador. Se realiza revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea, evitando de este modo toda manipulación sobre la aorta enferma. La paciente evolucionó de forma favorable, sin incidencias durante el postoperatorio.

La primera angiotomografía computarizada (angio-TC) torácica de control realizada 15 días tras la realización del cateterismo ya no objetiva ninguna imagen compatible con disección aórtica.

Un año después de la cirugía la paciente permanece asintomática y sin presentar complicaciones.

TP52

343. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO A AURÍCULA DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Montes L, Villagrán E, Garcés Z, Ayaon A, Maroto L, Carnero M, Alswies A, Del Trigo M, Rodríguez JE
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Objetivos: la fístula coronaria es una malformación poco frecuente con una incidencia de 0,1-0,2% de la población adulta sometida a angiografía coronaria. Presentamos el caso de un varón de 56 años que ingresó en nuestro centro tras presentar infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del ST. En el ecocardiograma se objetiva dilatación aneurismática del tronco coronario izquierdo (TCI) y fístula del TCI a la aurícula derecha, hallazgos confirmados mediante tomografía computarizada (TC) multicorte, angiorresonancia magnética (angio-RM) y coronariografía.

Material y métodos: se realizó esternotomía media, extracción de arteria mamaria interna bilateral, canulación de aorta ascendente, bicava y de seno coronario. Establecimiento de circulación extracorpórea (CEC) y clampaje aórtico. Se evidenció TCI gravemente dilatado que giraba tras la salida de

la circunfleja y la descendente anterior (DA) para desembocar mediante gran fístula en la aurícula derecha, a su vez gravemente dilatada y trombosada. Mediante aortotomía se cerró el *ostium* del TCI con parche de pericardio. Ligadura de circunfleja y DA en su salida y revascularización con doble derivación mamariocoronaria a DA y OM. Resección de fístula trombosada en aurícula derecha y cierre directo. Cierre de atriotomía, desclampaje y salida de CEC. Cierre esternal.

Resultados: el paciente fue dado de alta 9 días tras la intervención, sin complicaciones intrahospitalarias. La TC posquirúrgica mostró injertos permeables con obliteración del TCI y de la fístula coronaria.

Conclusión: las fístulas coronarias son malformaciones infrecuentes, con una complejidad importante a la hora de la reparación quirúrgica.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

