Vídeos tótem

XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular

Madrid, 22-25 de junio de 2016

ID: 111
TRUNCUS ARTERIOSO. CORRECCIÓN NEONATAL

R. Pérez-Caballero Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El truncus arteriosus es una cardiopatía congénita rara que afecta al 0,2% de los nacidos con cardiopatía. El vídeo muestra un truncus tipo A2, que presenta una civ subarterial grande y orificios separados pero cercanos para las ramas pulmonares.
Métodos: A continuación describimos nuestra técnica habitual para corregir esta cardiopatía. La paciente es una recién nacida a término de 2.560 g, intervenida a los 5 días de vida; Se enfría al niño hasta 16 grados, la corrección incluye periodos de parada cardiocirculatoria y bajo flujo. Tras seccionar la aorta obtenemos un parche con ambas arterias pulmonares, seguidamente realizamos una ventriculotomía y cerramos la CIV usando pericardio autólogo tratado. A continuación anastomosamos un homoinjerto de 9 mm a la bifurcación pulmonar, reconstruimos la aorta y realizamos anastomosis proximal del conducto a la ventriculotomía usando un Hood de pericardio. La paciente sale de bomba bien y permite el cierre esternal primario.
Resultados: La evolución postoperatoria es satisfactoria, permanece ingresada un total de 15 días. Actualmente la niña tiene 20 meses, está en seguimiento cardiológico y presenta un adecuado desarrollo.
Conclusiones: La evolución de estos niños a mejorado significativamente, aunque precisan varios recambios de conducto hasta alcanza el desarrollo somático definitivo.
Topics: *Surgery congenital heart disease.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLSmh5RHRYdEhJMEE&usp=sharing

ID: 122
HEMIMUSTARD Y RASTELLI EN EL TRATAMIENTO DE LA TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS CON ESTENOSIS PULMONAR

C. Pérez Negueruela, J. Mayol Gómez, M. López, D. Luschenkov, J. Carretero y J.M. Caffarena Calvar

Hospital San Joan de Déu. Barcelona.

Introducción: La transposición corregida de grandes arterias (ccTGA) con estenosis pulmonar es una patología de difícil abordaje para poder mantener la fisiología biventricular. Presentamos una técnica quirúrgica de reparación biventricular según Rastelli asociando un hemimustard y op. Glenn.
Métodos: Paciente de 11 meses de edad y 8,8 kg, con disposición LDD, estenosis pulmonar, situs solitus auricular, ventrículo en L-loop, defecto septal conoventricular que después de requerir una fístula de Blalock-Taussig izquierda se presenta para reparación biventricular. El paciente conectado a circulación extracorpórea (CEC) con hipotermia profunda de 18º se realiza operación de Rastelli y cierre de CIV. Se completa la intervención con la operación de Glenn mediante la supura de la vena cava superior derecha a la arteria pulmonar.
Resultados: El paciente fue desconectado de CEC en ritmo sinusal. Se comprueba el buen funcionamiento de la válvula pulmonar del homoinjerto así de la conservación de la función miocárdica. El paciente fue extubado en quirófano y dado de alta a su domicilio a los 7 días de la intervención.
Conclusiones: La reparación biventricular mediante la técnica de Rastelli, hemimustard y Op. Glenn es una alternativa al doble switch arterial para realizar una corrección biventricular en los pacientes diagnosticados de ccTGA con estenosis pulmonar o ante la presencia de anomalías coronarias.
Topics: *Surgery congenital heart disease.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLNDdtYmZHWVJkSFk&usp=sharing

ID: 154
ANEURISMA TORACOABDOMINAL TIPO I: REIMPLANTE INTERCOSTAL MEDIANTE TÉCNICA "SNAKE"

D. Fletcher Sanfeliu[1], J.A. Bahamonde Romano[1], C. Rueda Muñoz[1], A. Doménech Dolz[1], J. Valencia López[1], F. Machado Fernández[1], J. Amores Johansen[1], E. Castillo Oportus[1], A. García Granero[2], R. Sevilla Sales[3] e I. Martín-González[1]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia. [2]Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. [3]Departamento de Cirugía. Universidad de Valencia.

Objetivos: Mostrar una técnica alternativa para el reimplante intercostal en cirugía abierta de aneurisma de aorta toracoabdominal (AATA) como estrategia de protección medular.
Métodos: Vídeo que muestra esta técnica con injerto paralelo descrita por el grupo de Bavaria en 2007.
Resultados: Reimplante intercostal mediante técnica "snake" (TS) en AATA tipo I post-disección en varón de 37 años previamente intervenido hace 3 años de disección aórtica tipo A mediante cirugía de Bono-Bentall. Se utilizó injerto "Coselli" de 30 mm para reconstruir arteria mesentérica superior y tronco celíaco. Se estableció bypass cardiopulmonar parcial con perfusión hemática visceral y protección renal con Ringer-lactato frío. Se realizó la TS con un injerto de Dacron de 8 mm permitiendo un circuito continuo de perfusión hemática intercostal. La estancia hospitalaria fue prolongada por complicaciones respiratorias pero no mostró signos de isquemia medular. Tras 14 meses de seguimiento, el paciente continúa asintomático y con TC de control que muestra permeabilidad del injerto "snake".
Conclusiones: La TS, junto con las demás estrategias de protección medular, puede resultar útil para disminuir el riesgo de paraplejia, que continúa siendo una seria complicación de la cirugía abierta toracoabdominal. Existe poca información en la literatura respecto a esta técnica.
Topics: *Aortic surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLQUxXMk4xMkxvTzg&usp=sharing

ID: 169
RECIDIVA INTRACARDÍACA DE TIMOMA INVASOR

D. Fletcher Sanfeliu[1], J. Valencia López[1], F. Machado Fernández[1], J. Amores Johansen[1], E. Castillo Oportus[1], J.A. Bahamonde Romano[1], C. Rueda Muñoz[1], A. Doménech Dolz[1], R. Sales Sevilla[2] e I. Martín-González[1]

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia. [2]Departamento de Cirugía. Universidad de Valencia.

Introducción: La malignidad de los timomas invasores radica en su agresividad en forma de invasión local y metástasis. Se han descrito pocos casos de recidiva local intracardíaca. Su tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica que proporcionará el diagnóstico definitivo.
Métodos: Se muestra la intervención realizada a paciente de 55 años sometida 5 años antes a exéresis de timoma invasor con quimiorradioterapia postoperatoria. El TC preoperatorio mostraba masa de 3 cm localizada en el surco in-

1134-0096 © 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

terauricular contactando con venas pulmonares derechas, unión cavoatrial y pared libre de aurícula derecha.
Resultados: Se procedió a la exéresis del tumor por re-esternotomía y entrada en circulación extracorpórea. Se realizó la exéresis con márgenes libres macroscópicamente. El defecto en ambas aurículas se reconstruyó con parche de pericardio bovino. Posteriormente se le realizó lobectomía del lóbulo medio por afectación completa de la vena pulmonar media derecha. La paciente evolucionó favorablemente. El informe anatomopatológico fue de timoma B2/B3 con infiltración de aurículas y tabique interauricular. El TC postoperatorio a los 16 meses muestra ausencia de recidiva de la masa.
Conclusiones: La recidiva intracardíaca tras resección de timoma invasor es poco frecuente y su pronóstico depende de la amplitud y radicalidad en la escisión quirúrgica.
Topics: *Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLTHUwZEtETFZqMGM&usp=sharing

ID: 191
ORIGEN ANÓMALO DE ARTERIA CORONARIA DERECHA DESDE OSTIUM IZQUIERDO CON TRAYECTO INTRAMURAL E INTERARTERIAL COMO CAUSA DE MUERTE SÚBITA

M. Blanco Sáez[1], M. Fernández Molina[1], N. Arce Ramos[1], M. Heredia Rodríguez[2], J. López Díaz[3], T. Sevilla Ruiz[3], A. Revilla Orodea[3] e Y. Carrascal Hinojal[1]

[1]Servicio de Cirugía Cardiaca; [2]Servicio de Anestesiología; [3]Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: El origen anómalo de arteria coronaria derecha es una anomalía congénita que suele ser asintomática y no requerir cirugía correctora.
Caso clínico: Paciente mujer de 39 años, con parada cardiorespiratoria extrahospitalaria reanimada durante el sueño. El ecocardiograma transtorácico revela función sistólica ligeramente deprimida con hipocinesia difusa. El cateterismo muestra origen anómalo de arteria coronaria derecha. El TAC y RM cardiaca confirman el hallazgo, mostrando el origen anómalo en seno coronario izquierdo de arteria coronaria derecha, que tiene trayecto intramural en pared de aorta con afilamiento de la luz a ese nivel, y posteriormente discurre entre aorta y pulmonar hasta alcanzar surco aurículo-ventricular. En las pruebas complementarias se observan marcadores compatibles con tirotoxicosis. Bajo circulación extracorpórea, se realiza un "unroofing" del trayecto intramural de pared de aorta y se crea un neoseno al final de mismo, evitando la compresión intraarterial e interarterial de la coronaria.
Discusión: La etiología más probable de la parada cardiorespiratoria en esta paciente, previamente asintomática, puede estar en relación con un episodio de hipertensión arterial en el contexto de crisis tirotóxica que provoca compresión de la arteria coronaria. El destechamiento del trayecto intramural (más afilado) y la creación de un neoostium suponen la mejor alternativa terapéutica.
Topics: *Coronary surgery, Surgery congenital heart disease, Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLSnFiZVBISUo1RmM&usp=sharing

ID: 257
IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR HEARTWARE

F. Sbraga[1], D. Ortiz Berbel[1], J. González Costello[2] y A. Miralles Cassina[1]

[1]Cirugía Cardiaca; [2]Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Con el presente vídeo queremos ilustrar el procedimiento quirúrgico de implante de asistencia ventricular izquierda tipo HeartWare. Se trata de un paciente varón de 48 años con diagnóstico de miocardiopatía dilatada no isquémica en situación de insuficiencia cardíaca crónica clase NYHA IIIb INTERMACS 3 refractario a tratamiento médico. El implante se hizo con la intención de puente a trasplante cardiaco electivo. El paciente presentaba una FEVI del 21% con dilatación ventricular severa biventricular por lo que requirió tratamiento médico intensivo los 4 días previo al implante para prevenir el fallo del ventrículo derecho post implante. En el video se aprecia el acceso quirúrgico por esternotomía media y canulación arterial en aorta ascendente y venosa bicaval. Seguidamente se ilustra el montaje y el purgado de aire de la bomba. Después de la entrada en CEC se procede a levantar la punta del corazón para efectuar la ventriculotomía circular y suturar el anillo de sujeción con puntos en U de Polipropilene 3-0 reforzados con teflón. Sucesivamente se procede a la inserción de la cánula de salida de la bomba en el anillo de sujeción en el ápex ventricular y a la tunelización del cable de la bomba. Por último, se procede a la sutura del injerto de Goretex que representa la cánula de entrada en la aorta ascendente con clampaje lateral. Se procede a la salida progresiva de CEC y al mismo tiempo inicio de la asistencia ventricular HeartWare. La evolución postoperatoria fue satisfactoria a pesar de un largo tratamiento médico para optimizar el fallo ventricular derecho. El paciente fue dado de alta hospitalaria y a los 4 meses del implante se realizó trasplante en emergencia 1 con éxito.
Topics: *Circulatory assistance and transplant.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLVVhfZkt1a1dzZ1U&usp=sharing

ID: 261
IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS THORAFLEX

J.M. Vignau Cano, T. Daroca Martínez, D. Macías Rubio y M.A. Gómez Vidal

SAS.

Introducción: Presentar nuestra experiencia con pacientes a los que se ha implantado la prótesis híbrida Thoraflex.
Métodos y resultados: Exposición en formato video de 8 minutos, se observa el implante de una prótesis Thoraflex a un paciente de 45 años con disección tipo A crónica.
Conclusiones: La implantación de la prótesis Thoraflex permite realizar la sustitución de arco y el tratamiento de la aorta torácica descendente en el mismo acto de una manera híbrida, deja una endoprótesis en ese territorio que trata el aneurisma asociado y nos facilita un cuello proximal por si precisa seguir tratando aorta distal de manera endovascular. El collarete de transición entre la prótesis vascular y la endoprótesis permite hacer una sutura hemostática.
Topics: *Aortic surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLMnR4QlpKWkF4dDg&usp=sharing

ID: 294
REPARACIÓN VALVULAR EN VALVULOPATÍA AÓRTICA REUMÁTICA

A. Irabien Ortiz, C. Amorós Rivera, H. Rodríguez-Abella, D. Sánchez Valenzuela, G. Cuerpo Caballero, A. Pedraz Prieto, C. Jahavee Las, S. Alonso Perarnau, M. Ruiz Fernández, R. Fortuny Ribas, F. González de Diego y A. González-Pinto

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Presentamos un vídeo de reparación de válvula aórtica reumática mediante extensión de los velos con pericardio heterólogo.
Caso clínico: Se trata de una mujer de 37 años diagnosticada de insuficiencia aórtica sintomática con disnea de grado II/IV, que rechaza la implantación de prótesis aórtica mecánica. La válvula presenta fusión comisural, engrosamiento y calcificación de todos los velos condicionando insuficiencia aórtica grave central. El procedimiento consistió: comisurotomía, "shaving" de los tres velos y extensión de los mismos con un parche de pericardio heterólogo de 10 × 30 mm suturándolos de forma continua con monofilamento de 6/0, con posterior resuspensión de las comisuras y plicatura comisural posteromedial derecha. El postoperatorio cursó sin complicaciones y el ecocardiograma tanto al alta como a los tres meses no evidencian insuficiencia aórtica ni estenosis.
Discusión: El tratamiento estándar para la enfermedad aórtica reumática es la sustitución protésica, sin embargo, la reparación valvular aórtica mediante extensión de los velos con pericardio debe ser considerada una alternativa a la sustitución permitiendo preservar la fisiología de la raíz, evitar la anticoagulación y facilitando el procedimiento en caso de re-intervención en comparación con degeneración de bioprótesis.
Topics: *Valve surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLdGJOTHNjQkxQb00&usp=sharing

ID: 341
EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA SIMULTÁNEA DE ELECTRODOS DE MARCAPASOS DESDE VENA SUBCLAVIA Y FEMORAL EN UN CASO DE INFECCIÓN RECIDIVANTE

T. González Vargas, A. Abdul Reda, F. Gomera Martínez, P. Castro Vera, E. Berruti Boronat, A. Ramos Gutiérrez, M. Esteban Molina, M. Calleja Hernández, J. Lara Torrano y J.M. Garrido Jiménez

SAS.

Introducción: La infección de los dispositivos de electroestimulación constituye un problema real dada la creciente edad poblacional y la fragilidad del paciente anciano, requiriendo un enfoque terapéutico multidisciplinar. Presentamos un caso tipo de abordaje percutáneo de extracción de dispositivo trans-subclavia y trans-femoral simultáneo.
Métodos: Varón de 80 años portador de bioprótesis aórtica, con implante de marcapasos en 2014 por BAVC. Primer decúbito en abril de 2015, realizando curetaje local, implante de nuevo sistema contralateral cortando y abandonando electrodo antiguo. Tras infección recidivante, el paciente es derivado a nuestro Servicio para tratamiento definitivo. Se procede a extracción percutánea completa del sistema vía subclavia mediante uso de Liberator® y pistola Shortie® de Cook, y vía femoral mediante dispositivo Femoral Retrieval®. Se implantó un nuevo sistema una semana después tras antibioterapia intravenosa y negativización de hemocultivos.
Resultados: El procedimiento transcurrió sin incidencias. Finalmente se aisló un Staph Aureus Cloxacilín sensible del material explantado. Se procedió al alta hospitalaria al duodécimo día.
Conclusiones: La extracción completa de los dispositivos de electroestimulación constituye el gold estándar en caso de decúbitos e infecciones. El abordaje femoral es útil y seguro en casos de electrodos antiguos que no pueden extraerse de forma convencional.
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLRnV6VVZyakkxYUU&usp=sharing

ID: 347
TROMBOSIS PROTÉSICA MITRAL

R. Tarrío Fernández, R. Barril Baixeras, J.I. Saéz de Ibarra Sánchez, D. Padrol Bagés, L. Vidal Bonet, F. Enríquez Palma y S. Villar García

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción: La indicación de una sustitución valvular mitral siempre debe tener en cuenta las posibles complicaciones trombóticas o hemorrágicas.
Caso clínico: Presentación de un caso de una paciente diagnosticada de valvulopatía reumática en fibrilación auricular crónica y portadora de prótesis valvular mitral (Carbomedics 27) desde hace 10 años con deterioro de grado funcional de 2 años de evolución e ingreso por ictus de posible origen cardioembólico. En el ingreso hospitalario se detectó tanto por ecocardiograma como por escopia la falta de movilidad de un disco valvular. Se sometió a la paciente a reintervención valvular, detectando en la prótesis explantada trombosis crónica y aguda completa de un disco valvular. La paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones asociando antiagregación a la antiacoagulación oral que portaba y fue dada de alta a los 12 días de la intervención.
Discusión: El paciente portador de prótesis valvular mecánica, especialmente en posición mitral, debe recibir anticoagulación oral de por vida. El seguimiento tanto del grado de anticoagulación como de la función protésica debe ser riguroso y ante la sospecha clínica es necesaria la realización de las pruebas de imagen adecuadas para descartar una posible complicación de la prótesis.
Topics: *Valve surgery, Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLQXhJRDJPVFFFdWM&usp=sharing

ID: 348
MIXOMA GIGANTE EN AURÍCULA IZQUIERDA

R. Tarrío Fernández, F. Enríquez Palma, J.I. Sáez de Ibarra Sánchez, S. Villar García, L. Vidal Bonet, D. Padrol Bages y R. Barril Baixeras

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción: La cirugía de resección de una tumoración tipo mixoma tiene una tasa de recidiva baja.
Caso clínico: Presentación del caso de un paciente diagnosticado de gran masa en aurícula izquierda y flutter auricular con deterioro de grado funcional de semanas de evolución. En el ingreso se detectó por ecocardiograma una gran masa en aurícula izquierda. Se sometió al paciente a intervención de resección de masa cardiaca con CEC, explantando la masa por completo, con zona de implantación a nivel anterior de la aurícula que se cauteriza y posteriormente se invagina con sutura dentro de la pared auricular. El paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones excepto recidiva de fibrilación auricular con episodios de bradicardia, iniciando anticoagulación oral e implantando un marcapasos bicameral, siendo dado de alta a los 14 días. La anatomía patológica de la muestra confirmó el origen mixoide. Tras 2 años de seguimiento, el paciente está libre de recidiva.
Discusión: El paciente diagnosticado de masa cardiaca debe ser intervenido de forma precoz, realizando una resección completa de la misma y recomendando cauterización de la zona de implantación y posterior invaginación de la misma en la pared auricular con el objetivo de evitar una posible recidiva futura.
Topics: *Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLSUV1NTBKTWxTYWs&usp=sharing

ID: 352
REPARACIÓN DE PROLAPSO DE VELO POR ROTURA EN VÁLVULA AÓRTICA

R. Álvarez Cabo, B. Meana, R. Díaz, D. Hernández-Vaquero, P. Mencia, M. Martín, J. de la Hera, A. García Campos, C. Pascual, J.C. Llosa Cortina, C. Morales Pérez y J. Silva Guisasola

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: El prolapso de velos traduce falta de coaptación central e incrementa el exceso de tensión sobre ellos, esto predispone su rotura. Presentamos este vídeo en el que realizamos una cirugía conservadora de válvula aórtica reconstruyendo un velo prolapsante y roto como alternativa al implante protésico.
Caso clínico: Paciente de 61 años con válvula aórtica tricúspide, insuficiencia aórtica grado IV por prolapso y rotura de velo coronariano derecho y dilatación de aorta ascendente. Análisis retrospectivo de 19 pacientes con cirugía conservadora valvular aórtica sin tratamiento de la raíz aórtica (2011-2015). En el vídeo se realiza: anuloplastia, reconstrucción de velo roto, eliminación del prolapso con plicaturas centrales, tubo-supracoronario y anuloplastia de unión sinotubular. Tras cirugía la insuficiencia aórtica era grado I. El grupo presenta: edad media 64,3 ± 16,9 años; 5 (26,3%) mujeres; EUROSCORE-Logístico 9,4 ± 7,6; EUROSCORE-II 3,9 ± 3,1. Procedimientos realizados: tubo-supracoronario + plastia-aórtica 11 (58%); Plastia-aórtica 8 (42%). La insuficiencia aórtica preoperatoria del grupo: III (36,8%) y IV (63,2%). Hubo 3 (15,8%) de conversiones a prótesis. El seguimiento medio fue 24,4 ± 11,4 meses con un 80% libres de reoperación y un 66,7% libres de insuficiencia aórtica > II.
Discusión: La reparación de válvula aórtica sin abordar la raíz es más compleja por los cambios dinámicos de la misma y menos estable en el tiempo.
Topics: *Valve surgery, Aortic surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLYVRBQ0hqWWFMWmc&usp=sharing

ID: 355
USO DE LA PRÓTESIS PERCEVAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS SOBRE PRÓTESIS AÓRTICA

C. Amorós Rivera[1], G. Cuerpo Caballero[1], E. Roselló[2], C.J. las[1], A. Pedraz Prieto[1], A. Irabien Ortiz[1], S. Alonso Perarnau[1], D.F. Sánchez Valenzuela[1], H. Rodríguez-Abella González[1], M. Ruiz Fernández[1], R. Fortuny Ribas[1], J.F. González de Diego[1] y A. González Pinto[1]

[1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [2]Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Ante situaciones de destrucción anular e infección asociada, el implante de prótesis convencionales puede ser imposible. Además de la reconstrucción anular con parche, las nuevas prótesis sin sutura nos ofrecen una alternativa quirúrgica Presentamos un caso de implante de prótesis Perceval para la infección anular sobre prótesis aórtica.
Caso clínico: En el vídeo presentamos el caso de un paciente intervenido por cuarta ocasión tras la realización de un homoinjerto previo, posteriormente

prótesis biológica y por último prótesis metálica que se infectó. Se trata de un varón de 52 años cuyo futuro vino condicionado por su expreso deseo de no recibir anticoagulación. Tras 11 días de tratamiento antibiótico, con canulación femoral se procedió al implante de prótesis Perceval sin incidencias. El enfermo permaneció dos días en UVI y recibió 4 semanas de tratamiento antibiótico. Tras 6 meses de la cirugía permanece en CF I con un ecocardiograma "normal".
Discusión: Para la afectación endocardítica periprotésica aórtica, con destrucción tisular, la prótesis sin sutura simplifica el procedimiento ofreciendo resultados seguros y estables en el tiempo.
Topics: *Valve surgery, Surgery infection, Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLWklOZko1Zmx4cjA&usp=sharing

ID: 367
DERIVACIÓN AÓRTICA ASCENDENTE-DESCENDENTE INTRAPERICÁRDICA EN PACIENTES ADULTOS CON RECOARTACIÓN AÓRTICA

G. Ventosa, P. Albaladejo, M. Napoleone, P. Campelos, C. Barriuso, E. Quintana y D. Pereda

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona.

Introducción: Existen varias técnicas quirúrgicas para la recoartación aórtica en adultos, sin un consenso respecto del abordaje ideal. La reintervención por toracotomía presenta riesgo de sangrado y paraplejia. La necesidad de procedimientos concomitantes no es infrecuente, ya que la coartación aórtica se asocia en muchos pacientes a válvula aórtica bicúspide. La derivación intrapericárdica a través de esternotomía es una opción valiosa en estos pacientes.
Métodos: Cuatro pacientes fueron intervenidos en nuestro centro entre 2013 y 2015 mediante una derivación intrapericárdica desde la aorta ascendente a la aorta descendente retropericárdica, para tratar una recoartación aórtica. Dos pacientes necesitaron cirugía concomitante: una sustitución de raíz aórtica y una sustitución mitral. El acceso fue mediante esternotomía media con circulación extracorpórea en normotermia, y parada cardíaca cardiopléjica para mejorar la exposición.
Resultados: El curso postoperatorio fue favorable, sin complicaciones hemorrágicas ni neurológicas. En el seguimiento, presentan mejoría clínica y del control tensional. Las pruebas de imagen confirman la permeabilidad de la derivación y ausencia de complicaciones.
Conclusiones: Esta técnica es una alternativa eficaz, segura y reproducible. Respecto al abordaje convencional, evita la parada circulatoria, minimiza el riesgo de paraplejia y lesión del nervio recurrente, reduce la hemorragia y permite procedimientos concomitantes.
Topics: *Aortic surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLbEpFMEpTQmozOXc&usp=sharing

ID: 372
REPARACIÓN VALVULAR MITRAL EXITOSA EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

M. González Barbeito, C. Pradas Irún, D.F. Vasquez Echeverri, M.C. Iglesias Gil, F. Estévez Cid y J.J. Cuenca Castillo

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Los beneficios de la cirugía de reparación valvular mitral frente a la sustitución son reconocidos. Sin embargo, se cuestiona la cirugía reparadora en pacientes con endocarditis infecciosa, dada la destrucción tisular valvular que suele presentarse.
Caso clínico: Varón de 70 años, válvula mitral degenerativa no mixoide. Endocarditis mitral por Staphylococcus aureus sensible a meticilina tratada con antibioterapia endovenosa según antibiograma. Insuficiencia mitral (IM) grave (ORE: 0,60 cm^2). Dos jets de regurgitación, debidos a perforación del velo anterior mitral y prolapso de velo posterior. Intraoperatoriamente se confirman una perforación en A2, cuerdas rotas en P2 y una indentación P2-P3. Se sutura la perforación con punto de prolene y se realiza resección triangular en P2. Cierre de la indentación P2-P3 y anuloplastia con anillo mitral Physio II 28 mm. Ausencia de IM en ecocardiografía intraoperatoria y postoperatoria al alta. Gradiente transvalvular medio 3,5 mmHg y área valvular estimada 1,9 cm^2. Postoperatorio sin complicaciones. Asintomático desde el alta hospitalaria.
Discusión: La reparación valvular mitral en pacientes con endocarditis infecciosa parece una técnica factible y segura, confirmando el ecocardiograma de control la persistencia de la competencia valvular y ausencia de estenosis en nuestro caso.
Topics: *Valve surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLZ08zNDNqdjB3MXM&usp=sharing

ID: 381
REPARACIÓN DE UN PSEUDOANEURISMA VENTRICULAR IZQUIERDO AL AÑO DE CIRUGÍA CORRECTORA DE CIV POSTINFARTO

D. Padrol Bagés, J.I. Sáez de Ibarra, L. Vidal, R. González, R. Barril, F. Enríquez, R. Tarrio y S. Villar

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Objetivos: Presentamos la reparación de un pseudoaneurisma ventricular izquierdo un año después de una cirugía correctora de una comunicación interventricular (CIV) postinfarto
Caso clínico: Varón de 56 años con infarto inferior extenso. La coronariografía mostró oclusión trombótica de la CD realizándose aspiración e implante de stent y lesión severa en la OM, descubriendo también CIV apical. Rápida evolución hacia shock cardiogénico y fallo multiorgánico realizándose cirugía emergente que consistió en cierre de CIV con técnica de David y by-pass a la OM. Durante el seguimiento al año la ETT descubrió un gran pseudoaneurisma ventricular izquierdo en cara inferior, con una comunicación de 10 mm. La RMN confirma un pseudoaneurisma de 80 × 52 mm en cara infero-lateral, sin CIV residual. Sin otras lesiones en la coronariografía. Se realizó cirugía observando la rotura entre el parche y la cara inferior del VI, realizándose cierre con parche de Dacron. Postoperatorio sin complicaciones, siendo alta al séptimo día.
Topics: *Coronary surgery, Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLWVJ6ZXItQ1lkaGc&usp=sharing

ID: 382
REPARACIÓN DE PROLAPSO DE VELO ANTERIOR TRICÚSPIDE CON NEOCUERDAS

D. Padrol Bagés, J.I. Sáez de Ibarra, L. Vidal, R. Barril, F. Enríquez, R. Tarrio y S. Villar

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Objetivos: Presentamos la reparación de prolapso de velo anterior tricúspide mediante el uso de neocuerdas.
Caso clínico: Varón de 42 años, que como único antecedente sufrió un de accidente de tráfico hace 20 años. En seguimiento por insuficiencia tricúspide (IT) severa por prolapso del velo anterior y posible rotura de cuerdas con dilatación progresiva de cavidades derechas e inicio de disnea, por lo que se indicó cirugía. Durante la cirugía se confirmó el prolapso del velo anterior por ruptura de cuerdas, con anillo tricúspide severamente dilatado (73 mm). Se realizó una reparación mediante el implante de 3 neocuerdas en el velo anterior y anuloplastia con anillo Edwards Physio Tricuspid 34. Postoperatorio sin incidencias con IT ligera residual. En el seguimiento al año el paciente se encuentra en CF I, con reducción del VD e IT ligera residual.
Discusión: El uso de neocuerdas, también en la válvula tricúspide, permite una buena reparación estable en el tiempo.
Topics: *Valve surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLR3VoUFVlRUJSTWM&usp=sharing

ID: 386
CIRUGÍA DE RESTAURACIÓN VENTRICULAR

R. Tarrío Fernández, S. Villar García, D. Padrol Bagés, L. Vidal Bonet, F. Enríquez Palma, R. Barril Baixeras y J.I. Sáez de Ibarra

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción: La indicación de cirugía de restauración ventricular precisa una selección del paciente candidato.
Caso clínico: Presentación del caso de un paciente diabético y nefrópata diagnosticado de gran aneurisma con trombo a nivel apical del ventrículo izquierdo

y deterioro del grado funcional hasta disnea de pequeños esfuerzos. Las pruebas complementarias (ecocardiograma, resonancia cardiaca y coronariografía) mostraron un ventrículo izquierdo dilatado (VTDVI 111 ml/m^2, VTSVI 81 ml/m^2) con disfunción severa (FE 27%) y gran trombo apical con función ventricular derecha conservada, isquemia en los tres territorios y escara no viable a nivel apical con oclusión angiográfica de los 3 vasos. Se sometió al paciente a intervención de cuádruple revascularización coronaria y restauración ventricular tipo plastia circular endoventricular con CEC. El paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones, precisando inotrópicos las primeras 24 horas y siendo dado de alta al noveno día postoperatorio con una disfunción ventricular izquierda de grado ligero (FE 42%). Al año de la intervención el paciente se encuentra asintomático.
Discusión: La cirugía de revascularización ventricular tiene buenos resultados en aquellos pacientes con infarto anterior y viabilidad en resto de territorios siempre que no haya afectación del ventrículo derecho.
Topics: *Coronary surgery, Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLa0M3UEI5R3lsOVE&usp=sharing

ID: 387
REPARACIÓN MITRAL POR ABORDAJE DE MÍNIMA INVASIÓN EN ENDOCARDITIS AGUDA INFECCIOSA

G. Ventosa-Fernández, M. Ascaso, C. Barriuso y D. Pereda

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La reparación de la válvula mitral se recomienda en las guías europeas de endocarditis infecciosa (EI), especialmente cuando la infección afecta a las valvas y no presenta extensión anular o abscesos. Diferentes estudios apoyan la reparación mitral mínimamente invasiva, principalmente para enfermedad degenerativa. Existen pocos casos comunicados de reparación mitral mínimamente invasiva en EI aguda.
Caso clínico: Paciente de 52 años sin valvulopatía conocida, ingresa por fiebre. Se diagnostica de insuficiencia mitral grave secundaria a EI aguda por Enterococcus faecalis. Tras completar dos semanas de antibiótico, se realiza una reparación mitral vía minitoracotomía anterolateral derecha videoasistida, con canulación femoral. Presentaba una perforación del velo anterior de unos 15 mm, con vegetaciones en todo el borde. Se realizó un desbridamiento amplio y posterior reconstrucción con pericardio bovino, completando la reparación con un anillo posterior Cosgrove de 32 mm. La ecocardiografía transesofágica intraoperatoria confirmó reparación exitosa sin insuficiencia residual, confirmado en el estudio transtorácico cinco días después. Fue alta a los 20 días, tras un postoperatorio correcto. Tras un seguimiento de 6 meses, el paciente no ha presentado signos infecciosos ni insuficiencia mitral residual en el ecocardiograma.
Discusión: Presentamos un caso de reparación mitral exitosa en EI aguda mediante abordaje mínimamente invasivo.
Topics: *Valve surgery, Surgery infection.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLNkh5WVVCeG91UWM&usp=sharing

ID: 395
COMPLICACIÓN TARDÍA DE TAVI POR MIGRACIÓN DE VÁLVULA SAPIENS XT: RESCATE CON IMPLANTE CONVENCIONAL DE VÁLVULA AÓRTICA

A.V. Mena Durán[1], R. de la Espirella[2], O. Gil Albarova[1], M. Juez[1], A. Berenguer[2], J. Sirgo[1], F. Hornero[1], R. García-Fuster[1] y J. Martínez-León[1]

[1]Servicio de Cirugía Cardíaca; [2]Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Valencia.

El implante de válvulas aórticas protésicas biológicas mediante procedimiento transcatéter (TAVI) ha revolucionado el tratamiento de los pacientes diagnosticados de estenosis aórtica grave "inoperables". Es un procedimiento complejo no exento de posibles complicaciones graves como arritmias, oclusión de los ostia coronarios, rotura de la raíz aórtica o embolización/migración de la válvula implantada. Presentamos el caso de un anciano frágil diagnosticado de estenosis aórtica grave D2 (bajo flujo, bajo gradiente, fracción de eyección reducida (FEVI)) y cardiopatía isquémica, con implante de stents en DA y Cxd, que es sometido a recambio valvular aórtico TAVI en junio de 2015 con resultado ecocardiográfico y funcional satisfactorio. En agosto de 2015 reingresa por cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva objetivándose migración de la válvula al tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) con insuficiencia aórtica severa de la válvula nativa siendo ésta contenida por la TAVI desplazada al TSVI. En noviembre de 2015 se realiza cirugía convencional de recambio valvular aórtico tras extracción de la válvula TAVI migrada con excelente evolución en postoperatorio. En resumen se trata de un caso infrecuente de migración tardía al TSVI como complicación de implante TAVI resuelta finalmente mediante cirugía convencional en un paciente inicialmente considerado "inoperable".
Topics: *Valve surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLakk1Y3NIcERSVUE&usp=sharing

ID: 425
TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CORREGIDA CON SWITCH ARTERIAL

C.E. Juvin-Bouvier, C. Rojas Bermúdez, F. Rodríguez Mora, F. Laviana Martínez, A. González Calle, A.R. Hosseinpour, E. Gutiérrez Carretero, A.M. Hernández Fernández, R. Montes Cózar, J.G. Pareja Arcos, J.M. Borrego Domínguez y A. Adsuar Gómez

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Presentamos un caso de transposición de grandes vasos (TGV) intervenido por el equipo de cirugía cardíaca del Hospital Infantil de nuestro centro.
Caso clínico: Paciente mujer de 7 días de vida diagnosticada de transposición de grandes arterias. Al nacimiento se mantiene la permeabilidad del ductus arterioso mediante administración de prostaglandinas y al tercer día se lleva a cabo una atrioseptostomía percutánea de Rashkind. Al séptimo día de vida se lleva a cabo la cirugía correctora de switch arterial. Tras la corrección completa de su defecto la paciente presentó buena evolución posterior en la Unidad de Cuidados Intensivos y la planta de hospitalización, siendo dada de alta a los 10 días de la cirugía.
Discusión: La TGV representa el 5-7% de las cardiopatías congénitas y su tratamiento es generalmente quirúrgico en el periodo neonatal. La técnica de switch arterial, inicialmente descrita por Jatene en 1975, presenta datos de alta supervivencia y pocas secuelas a medio y largo plazo.
Topics: *Surgery congenital heart disease.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLYzdVMHZfUm55OTg&usp=sharing

ID: 432
EXÉRESIS DE UN QUISTE HIDATÍDICO EN EL SEPTO INTERVENTRICULAR

A.I. García Gutiérrez[1], D. Grinberg[2], M. Pozzi[2] y J.F. Obadia[2]

[1]Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. [2]Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Cardiológico Louis Pradel. Hospices Civils de Lyon. Universidad Claude Bernard. Lyon. Francia.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por el cestodo Echinococcus. El ser humano es un huésped incidental y su localización más frecuente es el hígado y los pulmones. La afectación cardiaca es muy rara produciéndose en menos del 2% de los afectados. Se muestra el vídeo de la técnica quirúrgica de una paciente intervenida de un quiste hidatídico a nivel del septo interventricular.
Caso clínico: Mujer de 61 años diagnosticada de hidatidosis hepática en 2014 que en diciembre de 2015 debuta con insuficiencia cardiaca y taquicardia ventricular. En el ecocardiograma imagen quística septal de 63 mm de diámetro máximo y en la coronariografía imagen de masa rodeada por la arteria descendente anterior. Se realiza exéresis del quiste bajo circulación extracorpórea (116 minutos) y clampaje aórtico (78 minutos) tras desinfección con agua oxigenada. Postoperatorio sin incidencias.
Discusión: El riesgo de ruptura, shock séptico o anafiláctico y muerte obliga a la cirugía en los casos de hidatidosis cardiaca. El abordaje depende de la localización y siempre debe completarse el tratamiento quirúrgico con la administración de un antiparasitario (albendazol).
Topics: *Surgery infection.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLT3lJaFVKcGxYNmM&usp=sharingg

ID: 437

IMPLANTE DE VÁLVULA PERCEVAL POR MINITORACOTOMÍA ANTERIOR DERECHA. TIPS AND TRICKS

J.R. González Rodríguez, J.A. Corrales Mera, I.K. Begun, E. Sánchez Domínguez, I.S. Tarhini, T. Pineda Correa y P. Fantidis Sabbidu

Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Describir el implante de válvula aórtica sin sutura Perceval® por minitoracotomía anterior derecha, incidiendo en los detalles de la técnica.
Métodos: Selección de casos idóneos para la técnica. Minitoracotomía anterior derecha en el 2º espacio intercostal. Disección y apertura del pericardio. Canulación venosa femoral por punción y arterial directa en aorta ascendente. CEC convencional. Clampaje aórtico e infusión de cardioplejia anterógrada. Introducción de aspirador en cavidades izquierdas. Infusión de CO2. Aortotomía transversa alta y extracción de la válvula aórtica con descalcificación del anillo. Implante de prótesis sin sutura Perceval®. Cierre de aortotomía. Desclampaje aórtico. Salida de CEC y retirada de cánulas. Marcapasos y drenajes. Cierre de toracotomía.
Resultados: La técnica ha sido aplicada a diferentes pacientes con resultados muy satisfactorios. Destacando disminución de transfusiones, tiempo de intubación, estancia hospitalaria y aportando una recuperación precoz.
Conclusiones: La técnica de minitoracotomía anterior derecha para sustitución valvular aórtica es una vía de abordaje alternativa en la cirugía mínimamente invasiva, que cuenta con excelentes resultados operatorios y postoperatorios.
Topics: *Valve surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLNVBybUNYTlExRVU&usp=sharing

ID: 445

USO DE BISTURÍ ULTRASÓNICO BONESCALPEL DE MISONIX PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA CRÓNICA

B. Ramírez González, R. García-Borbolla Fernández, M. García-Borbolla Fernández, J.A. Hernández Campo, F. López Valdiviezo, J. Olarte Villamizar, G. Parody Cuerda, M.A. Gutiérrez Martín, C.J. Velázquez Velázquez, O. Araji Tilliani, J.C. Téllez Cantero, E. Pérez Duarte y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La pericarditis constrictiva crónica sintomática es una enfermedad poco frecuente que genera fibrosis, engrosamiento y calcificación importante hasta en un tercio de los pacientes. La pericardiectomía se ha establecido como el único tratamiento para mejorar la dinámica cardíaca.
Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente con pericarditis constrictiva crónica sintomática y extensa calcificación. Ingresa en nuestro centro en situación de insuficiencia cardíaca descompensada de predominio derecho. Dada la gran calcificación se decide realizar pericardientomía con el uso del bisturí ultrasónico BoneScalpel de Misonix™, usado habitualmente para osteotomías sin dañar tejidos blandos como por ejemplo una laminectomía vertebral. Realizamos pericardiectomía anterolateral hasta visualizar ventrículo izquierdo y ambas cavas, quedando liberadas, sin complicaciones durante el procedimiento. Evolución posterior favorable, siendo dado de alta a los 7 días, con buena clase funcional en 18 meses de seguimiento.
Discusión: La disección del pericardio calcificado con el bisturí ultrasónico es una técnica rápida y segura, recomendada para el tratamiento quirúrgico de la pericarditis constrictiva con extensa calcificación.
Topics: *Miscellaneous.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLX3ppVnVhSzljczQ&usp=sharing

ID: 463

FLORIDA SLEEVE COMO TÉCNICA DE REMODELADO AÓRTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRIPLE PLASTIA VALVULAR

M. Martín García, J. Rodríguez-Roda Stuart, J. Miguelena Hycka, A. Redondo Palacios, L. Varela Barca, J. López Menéndez, R. Muñoz Pérez, T. Centella Hernández, E. Oliva de Anquin, I. García Andrade y D. Celemín Canorea

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Las técnicas de sustitución de la aorta con preservación de la válvula aórtica son el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con insuficiencia aórtica y dilatación de la raíz y se realizan en centros especializados debido a su alta complejidad. La técnica de Florida Slevee pretende reducir dicha complejidad.
Caso clínico: Varón de 62 años con insuficiencia aórtica severa con dilatación de raíz aórtica, insuficiencia mitral severa e insuficiencia tricuspídea moderada. Se realiza plastia mitral, plastia tricuspídea y plastia aórtica con remodelado de raíz aórtica mediante técnica de Florida Sleeve. Sección de la aorta ascendente con preservación de la raíz con exposición de la salida de las coronarias. Colocación puntos de válvula por debajo del anillo aórtico con posterior sutura al tubo de Dacron que presenta dos aberturas para las coronarias. De esta manera se confina la aorta del paciente dentro del tubo. Sutura de la raíz aórtica al tubo de Dacron. Sutura distal del Dacron a la aorta ascendente sana.
Discusión: La técnica de Florida Slevee, menos compleja que las técnicas de sustitución de aorta con preservación de la válvula habituales, disminuye tanto el tiempo de isquemia como las complicaciones coronarias ya que evita el reimplante de estas.
Topics: *Aortic surgery.*
Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLTEhna2xoaVBhTkU&usp=sharing

ID: 467

CIRUGÍA DE RECIDIVA DE SARCOMA CARDÍACO DE BAJO GRADO EMPLEANDO HOMOINJERTOS PULMONARES SECUENCIALES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL EJE ARTERIAL PULMONAR

A.V. Mena Durán, F. Hornero Sos, O. Gil Albarova, J. Sirgo, R. García-Fuster, M. Juez y J. Martínez-León

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Valencia.

Los sarcomas cardíacos primarios son tumores infrecuentes con una supervivencia media de 6 a 12 meses. La evidencia publicada sugiere que el tratamiento multidisciplinar agresivo puede mejorar el pronóstico de estos pacientes. Presentamos el caso de un paciente varón de 58 años diagnosticado en 2012 de sarcoma cardíaco de bajo grado, variante mixosarcoma, con implantación en el tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) e infiltración de la válvula pulmonar. Se realiza resección de la masa tumoral con implante de homoinjerto pulmonar en octubre de 2012. El paciente permanece asintomático y sin signos de recidiva hasta diciembre de 2015 presentando estenosis tricuspídea grave, infiltración del TSVD y de la rama derecha de la arteria pulmonar. En febrero de 2016 se practica exéresis del tumor con implante de prótesis biológica en posición tricuspídea, exéresis de rama pulmonar derecha con tromboendarterectomía de ramas lobares de pulmón derecho, y sustitución por homoinjerto anastomosado secuencialmente hasta hilio pulmonar con evolución postoperatoria sin incidencias. Las reintervenciones en pacientes diagnosticados de sarcomas cardíacos pueden tener un carácter más ambicioso que la mera paliación de los síntomas.
Topics: *Miscellaneous.*

ID: 468

DISECCIÓN CRÓNICA DE AORTA ASCENDENTE, ARCO Y AORTA DESCENDENTE: REEMPLAZO TOTAL DE ARCO AÓRTICO MEDIANTE PRÓTESIS HÍBRIDA TORAFLEX

B. Ramírez González, R. García-Borbolla Fernández, M. García-Borbolla Fernández, J.A. Hernández Campo, F. López Valdiviezo, J. Olarte Villamizar, G. Parody Cuerda, M.A. Gutiérrez Martín, C.J. Velázquez Velázquez, O. Araji Tilliani, J.C. Téllez Cantero, E. Pérez Duarte y J.M. Barquero Aroca

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: En el seguimiento de pacientes intervenidos de disección aórtica tipo 1 de De Bakey con corrección de aorta ascendente, se constata la persistencia a largo plazo de permeabilidad de la falsa luz con posibilidad de crecimiento de la misma que desencadena un aumento de la morbimortalidad.
Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de un varón de 54 años con disección crónica de arco aórtico y aorta descendente e insuficiencia aórtica grave, intervenido 10 años antes de disección aórtica aguda tipo 1 mediante interposición de tubo supracoronario en aorta ascendente. En el seguimiento presenta crecimiento importante de la luz falsa con diámetro máximo de 7,3 mm. Mediante hipotermia moderada y parada circulatoria se realiza sustitución valvular aórtica e implante de prótesis híbrida cuatrifurcada Toraflex

de 30 con buen resultado. Buena evolución postoperatoria y buen resultado angiográfico. A los dos años de seguimiento se comprueba la total expansión de la luz verdadera en aorta descendente y la disminución del diámetro y permeabilidad de la luz falsa.

Discusión: La corrección quirúrgica de sustitución de arco aórtico y aorta descendente mediante la técnica Frozen Elephant Trunk con la prótesis híbrida Toraflex de Vascutec es eficaz para la corrección de la disección aórtica crónica tipo 1.

Topics: *Aortic surgery.*

Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLcFZYM05BWElBMmM&usp=sharing

ID: 469

CASO CLÍNICO. TÉCNICA DE IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS MITRAL CON REFUERZO DE PARCHE DE PERICARDIO POR ANILLO MITRAL NATIVO CALCIFICADO

O.R. Blanco Herrera, S. Torregrosa, M. Schuler, A. Berbel Bonillo, C. Domínguez Massa y J.A. Montero Argudo

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Caso clínico: Mujer de 77 años con insuficiencia mitral grave sintomática, disnea NYHA III. La ecocardiografía muestra un ventrículo izquierdo de tamaño normal y buena función sistólica. Insuficiencia mitral grave (vena contracta de 6-7 mm). Ventrículo derecho de tamaño y función conservadas. Insuficiencia tricúspide ligera (gradiente máximo VD/AD de 30-32). Se interviene el 23/2/15: CEC a través aorta ascendente y ambas venas cava. Cardioplegia anterógrada y retrógrada. Abordaje trans-septal ampliado al techo de la aurícula izquierda. Resección de la válvula mitral. Anillo mitral intensamente calcificado en toda la implantación del velo posterior y parte del anterior. Se implanta en posición habitual, mediante puntos en U apoyados en parche de teflón desde ventrículo a aurícula, una prótesis mecánica mitral 25 mm, a la que previamente se había suturado en su anillo, ampliándolo, un parche concéntrico de pericardio bovino. Posteriormente, se refuerza el implante de la prótesis mediante sutura del parche de pericardio en el tejido auricular perianular, en toda su circunferencia. Se sutura el techo de la aurícula izquierda interponiendo un parche de pericardio bovino. Se sale de CEC sin complicaciones. La evolución postoperatoria cursa sin complicaciones de relevancia, siendo alta hospitalaria el 6/3/15. Ecocardiografía postoperatoria (20/1/16): prótesis mecánica en posición mitral normofuncionante sin regurgitación y no obstructiva (gradiente medio de 3 mmHg). Presión pulmonar 40 mmHg. Buena función biventricular.

Topics: *Valve surgery.*

Vídeo disponible en: https://drive.google.com/folderview?id=0BziHLRhj_3HLN3piUnpzZldvcjA&usp=sharing

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