

COMUNICACIONES VÍDEOS

XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular

Híbrido (presencial + virtual), 15-18 de junio de 2022

Arritmias y miscelánea

V-1643652582.

CIRUGÍA DE RESECCIÓN DEL SARCOMA CARDÍACO PRIMARIO

B. Vera Puente, J.E. de Villarreal Soto, E.C. Ríos Rosado, J.C. Olivo Soto, S. Serrano Fiz, C.E. Martín López, S. Villar García, V.M. Ospina Mosquera, D. Martínez López, A. Forteza Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Mostrar la resección exitosa de un angiosarcoma cardíaco primario localizado en cámaras cardíacas derechas con reconstrucción posterior.

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva del caso clínico y se presentan las imágenes grabadas durante la cirugía y edición del vídeo.

Resultados: El paciente es un varón de 29 años con antecedentes personales y familiares de mutación en el gen POT1 que condiciona un síndrome LiFraumeni Like. En seguimiento en consultas de *screening* desde junio de 2015. En RMN, se detecta en 2018 masa cardíaca en aurícula derecha junto con lesiones óseas vertebrales y sacroilíacas. En julio de 2018 se realiza resección en bloque de tumor infiltrante y prácticamente toda la aurícula derecha hasta ambas cavas, prolongando resección al surco atrio-ventricular hasta arteria coronaria derecha, ligándola. Reconstrucción con parches de pericardio bovino, suturados de forma continua con prolene 4/0. Ampliación de la desembocadura de la vena cava superior. Se realiza además, *bypass* aorto-coronario a arteria coronaria derecha con vena safena. La afectación se extiende a válvula tricúspide y obliga a implantar prótesis mecánica St Jude nº 33 y cable de marcapasos definitivo VVI en cara anterior de ventrículo derecho con generador subxifoideo. La estancia en la Unidad de Críticos Posquirúrgicos fue de 3 días. Sin complicaciones durante el ingreso, es dado de alta al 8º día posoperatorio. Posteriormente, fue tratado con quimioterapia y continuó en seguimiento por Oncología Médica. Fallece 19 meses después a consecuencia de una hemorragia cerebral por metástasis.

Conclusiones: La resección completa del tumor, dejando márgenes libres, es el objetivo de la cirugía en el sarcoma cardíaco. El éxito de estas intervenciones requiere la existencia de equipos multidisciplinares experimentados en el manejo de esta patología.

V-1643655088.

CIRUGÍA SIMULTÁNEA (UROLOGÍA Y CIRUGÍA CARDÍACA): CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y PARADA CIRCULATORIA PARA ASISTIR UNA NEFRECTOMÍA DERECHA RADICAL CON TROMBECTOMÍA DE VENA CAVA INFERIOR

C. Salmerón Menéndez, D. Hernández-Vaquero Panizo, C.A. Morales Pérez, A.E. Escalera Veizaga, R. Álvarez Cabo, M.P. Mencía Bajo, F. Callejo Magaz, R. Díaz Méndez, B. Meana Fernández, J.C. Llosa Cortina, A. Morales Linares y J. Silva Guisasola

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica combinada utilizada para conseguir la resección completa de un carcinoma renal con recidiva local y trombo tumoral en vena cava inferior.

Métodos: Describimos un caso en formato vídeo de un paciente diagnosticado de un carcinoma renal de células claras, intervenido en abril del 2021 (nefrectomía parcial derecha laparoscópica). Posteriormente presenta recidiva local del tumor con extensión de trombo tumoral a vena cava inferior hasta aurícula derecha. Se realiza intervención quirúrgica coordinada entre cirugía cardíaca y urología con el objetivo de conseguir una extracción completa tumoral a través de una nefrectomía derecha radical y trombectomía de vena cava inferior asistido con circulación extracorpórea y parada circulatoria. Técnica quirúrgica: canulación arterial axilar derecha y venosa bicava. Nefrectomía radical derecha. Cardioplejia anterógrada y entrada Circulación Extracorpórea con parada circulatoria (perfusión cerebral anterógrada). Cavotomía y atriotomía derecha para extracción total del trombo tumoral, adherido a la pared de vena cava inferior y con extensión a venas suprahepáticas.

Resultados: Resección completa del tumor renal así como del trombo tumoral de vena cava inferior mediante la cirugía simultánea entre los equipos de cirugía cardíaca y urología.

Conclusiones: El adenocarcinoma renal es responsable de un 3% de todos los tumores malignos en el adulto. La resección quirúrgica es el componente principal del tratamiento de esta enfermedad. Cuando se asocia a trombosis tumoral en vena cava inferior con extensión por encima del diafragma (T3c, N0, M0), el abordaje quirúrgico conjunto permite la resección completa tanto de la masa renal como del trombo tumoral de vena cava inferior.

Cirugía de aorta

V-1643461083.

BYPASS CARÓTIDO-CARÓTIDO-SUBCLAVIO. ABORDAJE QUIRÚRGICO

R. Aranda Domene, F. Gutiérrez García, L. Alfonso Colomer, J.A. Moreno Moreno, J. García-Puente del Corral, C. Miñano Frutos, J.M. Arribas Leal, M. Lorenzo Díaz, J. Pérez Andreu, R. Taboada Martín, F. Martínez Juegas, F. Lloret Estaño, A. Capel Alemán y S. Cánovas López

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Describir el tratamiento quirúrgico mediante cirugía híbrida de una úlcera penetrante en Zona 2 del arco aórtico mediante *bypass* carótido-carótido-subclavio e implante de TEVAR en Zona 1.

Métodos: Varón de 67 años que ingresa en nuestro centro con diagnóstico de úlcera penetrante en arco aórtico, proximal a salida de arteria subclavia izquierda. El paciente presenta como principal antecedente de interés cirugía coronaria con *bypass* AMI-DA permeable.

Resultados: Tras el estudio del caso se decide implante de prótesis endovascular en aorta torácica descendente con zona de anclaje proximal en Z1 del arco aórtico. Dado que el paciente presenta *bypass* AMI-DA, es necesaria la revascularización del eje subclavio izquierdo por lo que se opta por realización de *bypass* extraanatómico carótido-carótido-subclavio previo a TEVAR. Presentamos el abordaje quirúrgico de esta situación clínica.

Conclusiones: Aunque infrecuente, la derivación extra anatómica completa de los troncos supraaórticos es una intervención que permite el abordaje percutáneo de la patología de arco aórtico en pacientes seleccionados.

V-1643667268.

CIRUGÍA DE AORTA TORÁCICA COMPLETA EN DISECCIÓN DE AORTA SUBAGUDA

E.C. Ríos Rosado, D. Martínez López, J.E. de Villarreal Soto, B. Vera Puente, J.C. Olivo Soto, C.E. Martín López, S. Villar García, V.M. Ospina Mosquera, S. Serrano Fiz y A. Forteza Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción: La cirugía de la disección aórtica tipo A supone un reto quirúrgico. Cuando esta es subaguda, no está claro el mejor momento para la intervención ni la extensión de la misma. Mostramos un vídeo en el que se realiza la resección completa de la aorta torácica en una disección aórtica tipo A subaguda mediante abordaje por clamshell.

Objetivos: Mostrar la sustitución exitosa de la totalidad de la aorta torácica en una paciente con disección de aorta tipo A subaguda.

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva del caso clínico y se presentan las imágenes grabadas durante la cirugía, así como las pruebas pre y posoperatorias.

Resultados: Se presenta una mujer de 45 años con hipertensión arterial sin tratamiento, con clínica de astenia de más de una semana de evolución. Se realiza TC de aorta que documenta un *flap* de disección desde la aorta ascendente hasta las arterias ilíacas, con diámetro mayor a nivel torácico de 65 mm. Se realiza sustitución de aorta torácica desde aorta ascendente supracoronaria hasta hiato diafragmático con reimplante en isla de troncos supraaórticos, mediante incisión en clamshell. Se realiza perfusión cerebral selectiva anterógrada e hipotermia a 22 °C. El tiempo de circulación extracorpórea es de 147 minutos, la isquemia cardíaca es de 90 minutos. La estancia en la unidad de cuidados intensivos se prolonga por 12 días por mal

control del dolor y crisis hipertensivas de difícil manejo. Es dada de alta al 15º día posoperatorio.

Conclusiones: El acceso por clamshell permite una buena exposición de la totalidad de la aorta torácica y puede usarse como vía de abordaje para cirugía compleja de aorta cuando no es posible utilizar técnicas híbridas. Debido al reducido número de casos y la exigencia técnica de los mismos, este tipo de cirugías deben ser realizadas en centros de alto volumen y por cirujanos experimentados.

V-1643666405.

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA TARDÍA SECUNDARIA A IMPLANTE DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. López Valdiviezo, A. Affronti, J. Ruíz Abad, E. Quintana Obrador, E. Sandoval Martínez, D. Pereda Arnau y M. Castella Pericas

Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica de la reparación abierta de una fístula aorto-esofágica tardía secundaria a implante de endoprótesis aórtica

Caso clínico: Paciente masculino 35 años; antecedente de accidente de tráfico a los 21 años con rotura de istmo aórtico que obliga a implante de endoprótesis urgente para corrección del defecto sin incidencias, dada la urgencia se coloca endoprótesis con sobredimensión del 20%. Tras 16 años presenta melenas, se realiza gastroscopia observando úlcera esofágica en tercio medio con presencia de material protésico aórtico sin sangrado activo. A los dos días cuadro de hematemesis, se realiza angioTAC evidenciando engrosamiento esofágico sin pase de contraste. Se implanta de urgencia nueva endoprótesis para sellar posible comunicación aorto-esofágica y se programa cirugía de reparación abierta urgente. Se realiza en un solo acto quirúrgico esofagectomía proximal por cervicotomía lateral izquierda y ostromía esofágica. Continúa con toracotomía lateral izquierda ampliada por quinto espacio intercostal, canulación arterial de arco aórtico y de aorta torácica descendente distal y venosa femoral izquierda. Hipotermia profunda a 20 °C. Resección de aorta torácica descendente con extracción de material protésico entero, así como resección esofágica hasta región diafragmática. Interposición de tubo de dacrón de 30 mm proximal y de 26 mm distal. Recalentamiento del paciente, se comprueba hemostasia y se procede al cierre. Estancia en UCI de 20 días por complicaciones respiratorias, que limitan la pronta extubación. Tras superarlas pasa a sala con evolución favorable. Durante su hospitalización y al alta se comprueba con angioTAC la funcionalidad del injerto, y se programará la reconstrucción esofágica en un segundo tiempo.

Conclusiones: La cirugía de corrección de fístula aorto-esofágica en un procedimiento complejo de difícil acceso, pero que permite curación total del paciente y una buena calidad de vida posterior a la intervención.

V-1643654545.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE UN GRAN ANEURISMA SACULAR EN EL TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO

D. Martínez López, B. Vera Puente, E.C. Ríos Rosado, J.E. de Villarreal Soto, C.E. Martín López, S. Villar García, V.M. Ospina Mosquera, S. Serrano Fiz y A. Forteza Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos: Mostrar la resección exitosa de un aneurisma sacular que involucra el tronco braquiocefálico (TBC).

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva del caso clínico y se presentan las imágenes grabadas durante la cirugía así como las pruebas pre y posoperatorias.

Resultados: Se presenta una mujer de 73 años con cirugía previa hace 15 años por estenosis aórtica con implante de prótesis aórtica mecánica Sorin Bicarbon nº19 y tubo supracoronario por una dilatación posestenótica de 48 mm. La paciente acude por detectarse una masa pulsátil en el cuello, que tras la realización de una tomografía computarizada (TC) se diagnostica un aneurisma de 38 mm de diámetro en el TBC. Se completa estudio en el que se confirma la existencia de un polígono de Willis permeable. Por esternotomía media y cervicotomía tras establecer la circulación extracorpórea, se enfría la paciente 30 °C. Se liga la arteria vertebral. La arteria subclavia derecha y carótida derecha se liberan. Se mantiene durante la cirugía perfusión cerebral unilateral a través de arteria carótida izquierda y se realiza reemplazo del arco proximal y sustitución del TBC con una prótesis de dos ramas, suturadas a carótida derecha y subclavia derecha. El tiempo de isquemia fue de 31 minutos y el tiempo de circulación extracorpórea fue de 100 minutos. La isquemia visceral fue de 14 minutos. Tras la cirugía la paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos donde permanece 24 horas. Tras correcto manejo antihipertensivo, la paciente es dada de alta al 9º día posoperatorio.

Conclusiones: Los aneurismas de la arteria innominada son extremadamente raros y si no se operan pueden poner en riesgo la vida del paciente. A pesar del desarrollo de las técnicas no invasivas, la corrección quirúrgica es el tratamiento de elección en pacientes con anatomías complejas y/o dilatación del origen de la arteria.

Cirugía valvular

V-1643473881.

DISFUNCIÓN Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO TRICVALVE (BICAVA) EN INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SIGNIFICATIVA

A.E. Escalera Veizaga, F. Callejo Magaz y C. Salmerón Menéndez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Aportar información sobre el abordaje quirúrgico en la disfunción de este tipo de dispositivos percutáneos de nueva generación, puesto que actualmente no se dispone de una amplia bibliografía sobre el manejo quirúrgico en estas situaciones.

Métodos: Presentación de un caso en formato video en el que describimos la técnica quirúrgica elegida para realizar el abordaje de este paciente. Canulación arterial en aorta ascendente y canulación venosa en vena innominada y vena femoral común. Entrada en circulación extracorpórea (CEC). Cerclaje de ambas cavas con cintas. Apertura en canal de la aurícula derecha a nivel de su cara libre en dirección cefálica hasta el confluente innominado. Extracción de ambos *stents* TRICVALVE (superior e inferior), si no es factible retirar el *stent* ya sea por el adelgazamiento de la pared auricular y o por la proximidad de la desembocadura de las venas suprahepáticas y el riesgo potencial de su lesión (en caso del *stent* inferior), se puede dejar *in situ* el *stent* y realizar únicamente la exéresis de los velos protésicos. Reparación

de la cara auricular anterior con parche de pericardio heterólogo. Descerclaje y salida de CEC. Cierre habitual.

Resultados: Extracción completa de la prótesis de cava superior y extracción parcial (exéresis de los velos y abandono *in situ* del *stent*) de la prótesis de cava inferior.

Conclusiones: El manejo de la IT significativa suele ser conservador y en un porcentaje pequeño se realizará tratamiento quirúrgico. Esto ha generado la aparición de dispositivos percutáneos para abordar a pacientes de alto riesgo. Actualmente no existe un manejo estandarizado del manejo de la disfunción de estos dispositivos. Por este motivo mostramos una forma de abordaje quirúrgico que puede ser fácilmente replicado con un buen resultado final.

V-1644942449.

IMPLANTE DE SAPIENS EN ANILLO MITRAL CALCIFICADO

M.E. Palmer Camino, J.C. Sureda Barbosa, R. Ríos Barrera, M.A. Castro Alba, M.S. Siliato Robles, C. Vigil-Escalera López, P. Iorlano Maríano, M. Contreras Godoy, M.C. Traore Kone y R. Rodríguez Lecoq

Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: La calcificación del anillo mitral es un proceso degenerativo del anillo fibroso de la válvula mitral. Suele ser un hallazgo incidental y asintomático. La prevalencia oscila entre el 8 y el 15%, con mayor incidencia en pacientes de edad avanzada, aterosclerosis, enfermedad renal crónica, hipertensión y valvulopatía. Además, la calcificación extensa del anillo mitral puede llegar a causar estenosis y/o insuficiencia mitral. También se ha asociado a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca y complicaciones perioperatorias. Estos pacientes tienen un alto riesgo quirúrgico, no solo debido a sus comorbilidades, si no por la dificultad técnica quirúrgica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 74 años afecta de estenosis mitral degenerativa severa, con severa calcificación del anillo mitral, que además presentaba hipertensión pulmonar y doble lesión valvular aórtica moderada. Se realizó esternotomía media y entrada en circulación extracorpórea con canulación bicava. Se realizó auriculotomía izquierda, apreciándose los velos anterior y posterior calcificados. Se resecó el velo anterior mitral. Se colocaron 2 suturas anulares mitrales con pledget para asegurar la válvula. Tras suturar una tira de teflón al *stent* de la prótesis, se crimpó la misma sobre su balón. Posteriormente se colocó la válvula intraanular, se pasaron los puntos previamente insertados para asegurar la válvula y se procedió a la dilatación. Tras el cierre de la auriculotomía izquierda se realizó recambio valvular aórtico con prótesis Trifecta 21 mm supraanular de manera convencional. La paciente evolucionó satisfactoriamente y el ecocardiograma transesofágico mostró una fuga periprotésica mitral mínima y gradientes mitrales dentro de la normalidad, sin obstrucción del tracto de salida ventricular.