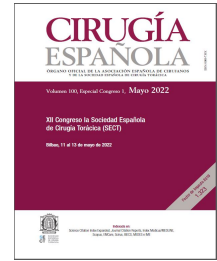




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-02 - SUSTITUCIÓN DE HEMIARCO EN PARADA CIRCULATORIA TOTAL DURANTE TRASPLANTE CARDIOPULMONAR

Gil Barturen, M.; Martínez López, D.; Campo - Cañaverl, J.L.; Hoyos, L.; Crowley, S.; Romero, A.; Naranjo, J.M.; Córdoba, M.; Forteza, A.; Gómez De Antonio, D.

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: El trasplante cardiopulmonar es un procedimiento extremadamente complejo, reservado únicamente para pacientes con enfermedad terminal pulmonar y cardíaca. Presentamos el caso de un paciente en el que se realiza una sustitución de aorta ascendente y hemiarco en parada circulatoria total durante el trasplante cardiopulmonar.

Caso clínico: Hombre de 35 años con miocardiopatía no compactada restrictiva en INTERMACs 3 e hipertensión pulmonar severa secundaria (presión sistólica pulmonar de 120 mmHg) que contraindicaba el trasplante cardiaco. Se realiza trasplante cardiopulmonar en Urgencia 0 de donante en muerte encefálica. El donante fue una mujer de 39 años que padeció una hemorragia subaracnoidea, con una estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) menor a 24 horas y 18 horas de intubación orotraqueal, con excelente función cardíaca y pulmonar. Se aborda el tórax mediante Clamshell y se realiza pericardiotomía y disección de todas las estructuras vasculares. Tras heparinización sistémica, se realiza canulación aórtica y bicava, y se establece circulación extracorpórea (CEC). Se excluyen ambas cavas y se realiza cierre de remanentes de arteria y venas pulmonares intrapericárdicos y ambas neumonectomías extrapericárdicas. Tras la correcta preparación de los injertos en el banco, se introduce el bloque cardiopulmonar a través de las incisiones pericárdicas. Se comienza con las dos suturas bronquiales con PDS de 4/0, las cuales se realizan con técnica continua. Las venas cavas son suturadas con prolene 4/0, de manera independiente y término-terminal. Durante la valoración de la anastomosis de aorta ascendente, se observa desgarramiento intimal a nivel de aorta proximal del receptor que se extiende más allá del clampaje aórtico. Se enfría al paciente y se realiza interposición de tubo en aorta ascendente. Una vez alcanzada la temperatura objetivo de 22 °C se realiza desclampaje aórtico. El desgarramiento intimal queda limitado a arco aórtico, por lo que se realiza sustitución de hemiarco por prótesis en parada circulatoria total (tiempo de parada de 380 minutos y tiempo de isquemia 285 minutos). Finalmente se realiza sutura de prótesis en hemiarco y prótesis en tubo supra mediante sutura continua con prolene 4/0. Recuperación espontánea de latido cardíaco en ritmo sinusal e implantación de marcapasos epicárdicos. Se abandona la CEC con necesidad de soporte vasoactivo a dosis altas por lo que se coloca balón de contrapulsación intraaórtico. Posoperatorio en UCI prolongado con necesidad de reintervención quirúrgica al 20º día posoperatorio por hemotórax coagulado y necesidad de ventilación mecánica prolongada (24 días en total) por lo que se realizó traqueostomía al 8º día posoperatorio. Tras 24 días de estancia en UCI y 44 días de estancia hospitalaria, el

paciente presenta buena evolución tras 8 meses de seguimiento, actualmente sin síntomas.

Discusión: El trasplante cardiopulmonar es un procedimiento complejo que debe realizarse en centros con experiencia. La adecuada selección tanto del receptor como del donante es crucial para el éxito de la intervención.