

V1

30. VENTANA CAVOPULMONAR. UNA NUEVA FORMA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL. VÍDEO

Aramendi JI, Lizama L, De Juan E, Luis M, Pérez P, Hamzeh G
Hospital de Cruces, Baracaldo

Introducción: presentamos una nueva forma de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial: una comunicación latero-lateral entre vena pulmonar derecha única y vena cava superior (VCS).

Material y método: técnica quirúrgica: decúbito lateral izquierdo. Minitoracotomía axilar izquierda entre el pectoral mayor y el dorsal ancho, se aborda el tórax por el cuarto espacio intercostal. Visión combinada con toracoscopio de 5 mm. Se disecciona y moviliza la VCS y la vena pulmonar derecha, que es una gran vena única conectada a la aurícula izquierda. Se encontró una gran comunicación laterolateral entre la vena pulmonar única y la VCS. Se procedió al clampaje parcial de ambas venas seccionándolas y resuturándolas con sutura reabsorbible PDS 6/0.

Cierre según la técnica habitual. El paciente se extubó en quirófano.

Resultados: varón de 16 años de edad con disnea de grandes esfuerzos, diagnosticado inicialmente por ecocardiograma y cateterismo de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de vena pulmonar superior derecha a VCS en ausencia de comunicación interauricular (CIA) con Qp/Qs de 1.84/1 y dilatación de cavidades derechas. En quirófano se apreció una conexión normal de una vena pulmonar derecha única a la aurícula izquierda (AI) pero con un drenaje anómalo a VCS debido a la presencia de una ventana cavopulmonar. El paciente no precisó hemoderivados. Estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) de 24 h. Ecocardiograma de control: ausencia de cortocircuito, ventrículo derecho (VD) ligeramente dilatado de 2,9 cm, normotensión pulmonar.

Conclusiones: la ventana cavopulmonar es una nueva forma de drenaje venoso anómalo parcial que puede ser corregida de manera sencilla, segura y reproducible. Esta lesión no había sido descrita con anterioridad.

V2

31. SÍNDROME DE BEALS. REPARACIÓN DE RAÍZ AÓRTICA CON TÉCNICA DE YACOUB Y ANILLO SUBAÓRTICO. VÍDEO

Hamzeh G, Aramendi JI, Crespo A, Luis M, Cubero A, Lansac E
Hospital de Cruces, Baracaldo

Introducción: el síndrome de Beals, o aracnodactilia contractural congénita, produce cardiopatía, esencialmente ectasia anulosa aórtica, en un 30% de los casos.

Materiales y métodos: varón de 18 años intervenido en la infancia de coartación aórtica, comunicación interventricular (CIV) perimembranosa y reparación aórtica por perforación de velo no coronario. Presenta en su evolución una ectasia anulosa aórtica de 5,5 cm de diámetro con insuficiencia aórtica ligera.

Técnica quirúrgica: estereotomía media e instauración de circulación extracorpórea (CEC) convencional. Se encontró un aneurisma de 5,5 cm a nivel de los senos de Valsalva con anillo aórtico de 3,1 cm y la parte tubular de la aorta ascendente y resto de la aorta normales. Insuficiencia aórtica ligera. Se resecó el aneurisma de los senos de Valsalva dejando

los dos botones coronarios y se implantó un anillo subaórtico de Lansac de 27 mm en posición extracardíaca. La raíz se sustituyó con tubo de dacrón de 30 mm según técnica de Yacoub, conservando la válvula nativa. Se corrigió un prolapso del velo no coronario con puntos centrales en el borde libre. Se reimplantaron las coronarias al tubo de dacrón.

Resultados: T de CEC 264' T de isquemia 182'. Postoperatorio favorable salvo bloqueo auriculoventricular (AV) que requirió el implante de marcapasos. Ecocardiograma postoperatorio: raíz aórtica normal. Insuficiencia aórtica ligera.

Conclusiones: la dilatación de la raíz aórtica en el síndrome de Beals puede ser corregida de manera eficaz con la implantación de un anillo subaórtico que remodela la raíz y evita su dilatación posterior. Esta técnica puede ser utilizada en el Marfan y otras lesiones con dilatación del anillo aórtico.