

## P3

**5. RESECCIÓN COMPLETA DE FIBROMA VENTRICULAR DE 7,2 CM**

Rodríguez Caulo E, Velázquez C, Miranda N, Gutiérrez M.<sup>a</sup>A, Araji O, García-Borbolla M, Pérez Duarte E, Barquero JM  
*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes (0,001-0,03%). Al menos tres cuartas partes de ellos son benignos y casi la mitad mixomas. Se manifiestan con uno o varios de los siguientes síntomas de la tríada clásica: a) insuficiencia cardíaca; b) embolizaciones, y c) síntomas constitucionales. Las metástasis son mucho más frecuentes, por lo que en caso de no encontrarse la imagen típica del mixoma se suele presentar reticencia a la indicación quirúrgica.

Presentamos el caso de una paciente de 42 años remitida desde neurología tras accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, en cuyo proceso diagnóstico se identifica masa intrapericárdica que comprime o forma parte de la pared del ventrículo derecho (VD). En la cirugía se evidencia tumoración intracardiaca, en el espesor de la pared miocárdica anteroinferior de VD, de consistencia pétreo, que permite su enucleación completa, bajo circulación extracorpórea (CEC), tras

biopsia intraoperatoria. La evolución postoperatoria fue muy favorable, siendo extubada sin dificultad a las pocas horas de la cirugía.

El examen AP diagnosticó tumor mesenquimal benigno fibroso, con calcificaciones, no encapsulado, sugestivo de fibroma de 7,2 cm de diámetro. Cierre de la pared ventricular mediante doble sutura.

Al año, la paciente permanece asintomática, con adecuada función cardíaca, sin recidiva tumoral.

- La cirugía está indicada en tumores cardíacos sin diagnóstico anatomopatológico de otro tumor primario metastásico. El contorno homogéneo de la masa sugiere benignidad.
- La cirugía debe buscar la resección completa, respetando la estructura subvalvular todo lo posible.
- El cierre y plicatura de la pared ha permitido conservar la función contráctil de la pared miocárdica.

## P4

**8. MUJER JOVEN CON ENFERMEDAD DE TAKAYASU GRAVE SINTOMÁTICA: BYPASS AORTOBICAROTÍDEO EN «Y» DE GORE-TEX**

Rodríguez Caulo E, Miranda N, Gutiérrez M.<sup>a</sup>A, Araji O, Velázquez C, García-Borbolla M, Pérez Duarte E, Barquero JM  
*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

Paciente mujer de 43 años, que presenta cuadros reiterativos de amaurosis *fugax* y mareos, sin otras alteraciones. Ante la sospecha de enfermedad de Takayasu se procede a realizar una ecografía y angiografía de troncos supraaórticos, donde se aprecia una estenosis filiforme del 95% en carótida común izquierda, del 100% en carótida común derecha, del 70% en tronco braquiocefálico previa a la bifurcación y del 90% en vertebral izquierda.

Mediante esternotomía media accedemos al mediastino y disecamos ambas carótidas en cara anterolateral del cuello. Se procede a realizar la anastomosis proximal con prótesis de Gore-Tex de 7 mm, anastomosándose distalmente a la carótida común izquierda. Asimismo, se procede a realizar una anastomosis en «Y» con otra prótesis de Gore-Tex de 7 mm de diámetro que distalmente se anastomosa a la carótida común derecha.

La paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos, pudiendo ser extubada sin dificultad a las 6 h de la intervención.

- La arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida que afecta a la aorta y a sus ramificaciones. Más frecuente en mujeres jóvenes de 15-40 años.
- En nuestro caso la presentación es del tipo I, con afectación de grandes vasos como tronco braquiocefálico, las arterias carótidas y las arterias subclavias.
- La reconstrucción quirúrgica derivativa mediante *bypass* aortobicarotídeo se ha mostrado eficaz y segura hasta la fecha, cediendo la sintomatología de la paciente, por lo que podría utilizarse en casos similares de estenosis sintomáticas.