

## P7

**18. SÍNDROME COMPARTIMENTAL EN UNA NIÑA DE 8 AÑOS SECUNDARIO A CANULACIÓN FEMORAL PARA *BYPASS* CARDIOPULMONAR**

Maseda Uriza R, Ruiz Alonso E, Llorente de la Fuente A, Toral B, Mendoza A, Pérez A, Comas Illas JV  
*Hospital 12 de Octubre, Madrid*

Paciente diagnosticada de canal auriculoventricular (AV) parcial intervenida en 2003, con lesiones residuales consistentes en insuficiencia mitral moderada por *cleft* y estenosis subaórtica grave por membrana, que es programada para cirugía correctora. Durante apertura esternal ocurre lesión accidental de ventrículo derecho que obliga a canalizar de forma urgente arteria y venas femorales izquierdas. El procedimiento quirúrgico consistió en cierre de *cleft* mitral y resección de membrana subaórtica, y se realiza empleando las mismas cánulas (circulación extracorpórea [CEC] 92 min).

En UCIP extremidad inferior hiperémica, congestiva, equimosis en cara dorsal y muslo, rigidez e imposibilidad flexora; ante la sospecha de síndrome compartimental se miden presiones en compartimentos. Se realiza fasciotomía urgente. Evolución satisfactoria, desbridamientos cada 48 h, implantándose posteriormente sistema de aspiración con terapia de aspiración

continua (VAC). Recupera sensibilidad completa en cara lateral de pierna, parcialmente a nivel medial, flexión activa de rodilla y extensión, no de tobillo ni dedos. Rehabilitación. Alta con férula antiequino como ayuda a la deambulación.

La isquemia de las extremidades inferiores secundaria a canulación de vasos femorales es poco frecuente, pocos casos en la literatura publicados. Se produce secundario al edema producido por la isquemia. Debe ser sospechada y tratada de forma precoz pues puede provocar contractura isquémica, pérdida de funcionalidad, rabdomiólisis y daño cerebral secundario. El diagnóstico precoz es difícil en un paciente sedado e intubado, la pérdida de pulsos es un signo tardío, precede a la pérdida irreversible de la extremidad, se debe sospechar en cualquier paciente sometido a canulación femoral y medir presiones tisulares para confirmar diagnóstico y actuar en consecuencia.

## P8

**20. IMPLANTACIÓN DE HOMOINJERTO PULMONAR POR TROMBOSIS DE PRÓTESIS TRICÚSPIDE**

García Peláez A, Vázquez A, Martín E, Hornero F, García Fuster R, Cánovas S, Gil O, Martínez-León J  
*Hospital General Universitario, Valencia*

Mujer de 39 años, que ingresa desde otro centro con clínica de insuficiencia cardíaca congestiva (*New York Heart Association* [NYHA] III) y diagnóstico ecocardiográfico de prótesis mecánica tricúspide disfuncionante.

Entre los antecedentes destaca adicción a drogas vía parenteral, hepatitis C, cirrosis hepática estadio Child B y endocarditis tricúspide, que requirió tratamiento quirúrgico a los 21 y 27 años, implantándose en ambos casos una válvula

mecánica. Tratamiento con anticoagulantes de forma irregular, con periodos de no ingesta.

La ecografía transesofágica (ETE) informa de trombosis de la prótesis con fijación de ambos discos, procediendo al explante de la válvula. Se implanta un homoinjerto pulmonar de 27 mm, soportado sobre un conducto de dacrón, el cual se sutura a la cara auricular del anillo tricúspideo.

Alta a los 5 días del postoperatorio sin incidencias, con ETE que informa de gradiente ligero transprotésico (< 3 mmHg).