

P31

95. GRAN SEUDOANEURISMA MICÓTICO AÓRTICO TRAS UNA OPERACIÓN DE BENTALL

Fernández Arias L, Mosquera Rodríguez VX, Estévez Cid F, Campos Rubio V, Pérez López J, El Diasty M, Velasco García de Sierra C, Iglesias Gil C, Valle Montañés JV, Herrera Noreña JM.^a, Cuenca Castillo JJ
Complejo Hospitalario Universitario, La Coruña

Los pseudoaneurismas de anastomosis de aorta ascendente tras la colocación de un injerto de dacrón son una complicación rara y potencialmente mortal de la cirugía de aorta. Son el resultado de una disrupción transmural de la pared aórtica con extravasación de sangre contenida por los tejidos circundantes. Los mecanismos implicados en su formación incluyen infección, técnica quirúrgica inadecuada y alteraciones intrínsecas de la pared aórtica.

Presentamos el caso de un varón de 65 años sometido a una operación de Bentall que reingresa 4 semanas después del alta por disnea progresiva.

En urgencias se realizó un ecocardiograma transtorácico demostrando derrame pericárdico y una cavidad con flujo sanguíneo en la parte proximal del injerto en aorta ascendente. Una tomografía computarizada multicorte con contraste evidenció un pseudoaneurisma de 20 × 15 mm, estrechamente relacionado con el esternón y con fuga activa de contraste a

nivel de la anastomosis del botón de la arteria coronaria derecha con el injerto de dacrón.

Se efectuó reparación urgente del pseudoaneurisma con explante del material potencialmente infectado y refuerzo de suturas con parches de xenopericardio. Los cultivos del material explantado fueron positivos para *Staphylococcus epidermidis*. El paciente recibió tratamiento con meropenem y linezolid endovenoso durante 8 semanas y evolucionó favorablemente, hallándose asintomático 6 meses después.

La causa más frecuente de pseudoaneurisma micótico en aorta ascendente es una cirugía cardíaca previa. La presencia de materiales sintéticos como dacrón o teflón facilitan la infección. El patógeno más frecuentemente aislado es *S. aureus*.

Un diagnóstico precoz, intervención quirúrgica urgente, tratamiento antibiótico de amplio espectro y seguimiento estricto son esenciales en estos pacientes.

P32

96. REPARACIÓN ENDOVASCULAR COMPLEJA DE UNA ENDOFUGA TIPO III POR MIGRACIÓN Y DESCONEXIÓN DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA TORÁCICA

Fernández Arias L, Mosquera Rodríguez VX, Herrera Noreña JM.^a, Pérez López J, El Diasty M, Velasco García de Sierra C, Iglesias Gil C, Estévez Cid F, Campos Rubio V, Rodríguez López F, Cuenca Castillo JJ
Complejo Hospitalario Universitario, La Coruña

Varón de 75 años con antecedente de reparación endovascular de un aneurisma de aorta torácica con dos endoprótesis 9 años antes. Presenta una endofuga tipo IIIA con desconexión y migración de las endoprótesis torácicas y una endofuga tipo I proximal a 2 cm del origen de la arteria subclavia izquierda.

La tomografía computarizada mostró un desplazamiento de las endoprótesis adoptando una configuración ortogonal sin ningún punto de alineamiento y permitiendo la reperfusión directa de un aneurisma aórtico de 85 × 78 mm.

Debido a la posición en ángulo recto que adoptaron las endoprótesis resultaba imposible pasar una guía directamente de una endoprótesis a otra para realinearlas. Por ello, vía arteria humeral derecha se condujo una guía hidrofílica angulada larga al saco aneurismático y, vía arteria femoral izquierda, se introdujo un lazo para capturar dicha guía. Para descartar

que la guía estuviese atrapada en alguno de los *stents* libres, se introdujo un catéter balón Berenstein.

La morfología sinusoidal de la aorta torácica descendente y una anatomía desfavorable del arco aórtico combinadas con la disposición aberrante de las endoprótesis previas requirió una maniobra de *push* (braquial) - *pull* (femoral), protegida sobre catéter, para curvar una guía extrarrígida en la aorta ascendente.

Se desplegaron dos nuevas endoprótesis, con un solapamiento de 6 cm entre ambas, para lograr la exclusión del aneurisma de aorta torácica, así como el sellado de ambas endofugas.

Este caso refleja una de las complicaciones tardías más graves de la cirugía endovascular de aorta torácica descendente y su complejo tratamiento posterior.