

P79

228. ESTRATEGIAS DE MANEJO PARA LA SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA EN PACIENTES REINTERVENIDOS Y CON INJERTOS DE ARTERIA MAMARIA IZQUIERDA PERMEABLES

Prieto González G, De Diego Candela J, García Sáez D, Bellot Fernández R, Villar García S, Centeno Rodríguez J, Pérez de la Sota E, Forteza Gil A, López Gude M.^ªJ, Cortina Romero JM.^a

Hospital 12 de Octubre, Madrid

Objetivos: describir los resultados de pacientes con antecedente de cirugía de derivación aortocoronaria (CABG) e injerto de arteria mamaria izquierda (AMI) permeable, que fueron reintervenidos por valvulopatía aórtica. Comparar los resultados entre las estrategias de manejo empleadas con el injerto vascular.

Métodos: revisión retrospectiva de 15 pacientes consecutivos, con injerto de AMI permeable, reintervenidos para sustitución valvular aórtica entre marzo de 2000 y agosto de 2009.

Resultados: 14 varones (93,3%). Edad media: 66 años (51-82). Procedimiento previo: CABG: 12 (80%), CABG + sustitución valvular aórtica (SVA): 2 (13,3%) y CABG + sustitución valvular mitral (SVM): 1 (6,7%). Diagnóstico: estenosis aórtica, 11 (73,3%); insuficiencia aórtica 1 (6,7%); endocarditis, 2 (13,3%); disfunción protésica, 1 (6,7%). EuroSCORE logístico: 17,8 (4,0-45,9). Tiempo desde la primera intervención: 7 años (2 meses - 17 años).

Se emplearon dos estrategias de manejo del injerto vascular: en 9 casos (60%) se aisló el injerto de AMI para ser

ocluido durante el paro cardiopléjico, y en 6 casos (40%) el procedimiento se realizó sin disecar ni ocluir el injerto de AMI. Mortalidad hospitalaria: 13,3% (2 casos). Complicaciones perioperatorias: lesión del injerto de AMI, 6,7% (n = 1); infarto agudo de miocardio (IAM), 6,7% (n = 1); ACVA: 13,3% (n = 2); insuficiencia renal, 20% (n = 3), no se obtiene diferencia significativas entre las dos estrategias quirúrgicas. Estancia media: unidad de vigilancia intensiva (UVI) 4,3 (1-15) días, hospitalaria 17,1 (5-47) días. Supervivencia acumulada para nuestra cohorte a 1, 5 y 7 años: 80 ± 10,3%, 60 ± 14,5% y 48 ± 15,8%, sin diferencia significativa al comparar los dos grupos de manejo (*log rank*: 0,263).

Conclusión: a pesar de la complejidad técnica y el elevado riesgo quirúrgico, la reintervención para sustitución valvular aórtica de pacientes con injerto de AMI permeable muestra buenos resultados a corto y medio plazo en nuestra serie. El tamaño de nuestra cohorte no permite identificar diferencias significativas entre los resultados de las dos estrategias quirúrgicas empleadas.

P80

229. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ANEURISMA SACULAR DEL ARCO AÓRTICO

Valencia Díaz YF, Candela Navarro G, Aguilar Jiménez JM, Calleja Hernández M, López Checa S, Abdallah AR, Gomera Martínez F, Esteban Molina M, Lara Torrano JP, Santalla Rando A

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Presentamos un caso de paciente mujer de 38 años con antecedentes de coartación aórtica típica leve, que consulta por clínica de disfagia lusoria, objetivándose masa pulsátil en la fosa supraclavicular izquierda en la exploración física.

Se practica angiografía computarizada que muestra aneurisma sacular localizado en arco aórtico, cuyo origen se encuentra entre los orígenes de las arterias carótida y subclavia izquierdas y se extiende hasta la zona coartada, con diámetro máximo de 8 cm. La arteria carótida izquierda es hipoplásica y la subclavia derecha es aberrante, naciendo de la aorta descendente y cruzando la línea media hasta alcanzar MSD.

Es intervenida quirúrgicamente a través de esternotomía media y toracotomía anterolateral izquierda. Tras establecer *bypass* femorofemoral izquierdo se clampa arco aórtico entre

el origen de ambas carótidas y distalmente a la coartación, resecaando el aneurisma que incluye los orígenes de ambas arterias subclavias, interponiendo a continuación injerto vascular tubular de dacrón de 20 mm de diámetro, reinsertando en el mismo la arteria subclavia izquierda. No se reimplantó la arteria subclavia derecha. El control de la presión arterial se estableció mediante sendas cánulas en aorta ascendente y arteria femoral derecha. En el postoperatorio se produjo trombosis venosa del eje subclavio izquierdo secundario verosímilmente a la sección iatrógena del tronco venoso innominado y que se resolvió satisfactoriamente con tratamiento convencional.

Se muestran las imágenes de la técnica quirúrgica y la idoneidad de la corrección quirúrgica con la angiografía computarizada postoperatorio.