

TP47

295. CIRUGÍA HÍBRIDA DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL CON DERIVACIÓN EXTRAANATÓMICA DE ARTERIAS VISCERALES DESDE AORTA ASCENDENTE

García Vieites M, Mosquera Rodríguez Víctor X, Velasco García de Sierra C, Iglesias Gil C, Fernández Arias L, Rodríguez López V, Cuenca Castillo JJ

Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

Varón de 43 años con antecedentes: politraumatismo grave en 1995; coartación aórtica postraumática tratada mediante derivación con injerto de dacrón (14 mm diámetro) de aorta ascendente a torácica descendente en 1998; disección aórtica tipo B (IIIa de De Bakey) crónica complicada con aneurisma toracoabdominal de la falsa luz en 2003, tratada mediante sustitución de aorta toracoabdominal con injerto de dacrón (28 mm diámetro × 600 mm longitud) desde origen de arteria subclavia izquierda hasta aorta abdominal distal.

En 2011 consulta por dolor torácico atípico, evidenciándose en tomografía computarizada dos aneurismas de 131 y 72 mm diámetro por dilatación de pastillas de reimplante de arterias intercostales y viscerales, respectivamente.

Se decide cirugía híbrida en dos tiempos:

– Primer tiempo: abordaje mediante esternotomía y laparotomía medias seguido de derivación extraanatómica desde

aorta ascendente a arterias tronco celíaco, mesentérica superior y ambas renales con injerto cuatrifurcado de dacrón (16 × 8 × 8 × 7 × 7 mm), que se tuneliza a través del diafragma.

– Segundo tiempo: implante de tres endoprótesis cónicas de aorta torácica por vía arteria femoral común derecha cubriendo desde injerto de dacrón distal a arteria subclavia izquierda hasta aorta abdominal distal.

El paciente presentó un postoperatorio complicado por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, *shock* distributivo, fracaso renal agudo que requirió hemodiálisis convencional, siendo alta a los 4 meses. Cinco meses tras el alta, el paciente está en seguimiento en consultas externas, hallándose asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Las pruebas de imagen de alta resolución de control muestran correcta exclusión aneurismática sin evidenciarse endofugas.

TP48

288. FEOCROMOCITOMA CARDÍACO A NIVEL DEL SURCO INTERAURICULAR

Iglesias Gil C, Velasco C, Fernández L, García M, Cuenca JJ
Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

Mujer de 36 años sin antecedentes médicos, salvo el diagnóstico de incidentaloma suprarrenal derecho 10 años atrás mediante ecografía abdominal tras episodio de dolor suprapúbico. Desde entonces normotensa y asintomática, en seguimiento anual, sin cambios en las pruebas de imagen.

En la última resonancia magnética (RM) se evidencia involución de la masa suprarrenal y la presencia de una masa cardíaca de 46 × 28 mm adyacente a la pared posterior de la aurícula derecha (AD), comprimiéndola y ocupando gran parte de su luz, muy vascularizada, sugestiva de feocromocitoma. La ecocardiografía sugiere un posible anclaje al tabique interauricular y pared posterior de la AD, hacia la desembocadura de la vena cava superior. La coronariografía objetiva una gran rama de la arteria coronaria derecha irrigando la tumoración. La gammagrafía con ¹³¹I-metaiodobencilguanidina demostró un pequeño foco de captación patológica suprarrenal

derecha y otro mayor en mediastino anterior. A nivel plasmático, secreción de noradrenalina.

Con el diagnóstico de feocromocitoma cardíaco se indicó el tratamiento quirúrgico, previa premedicación con α y β -bloqueantes. Mediante circulación extracorpórea, canulación bicava e hipotermia a 32 °C se resecó la tumoración, encontrándose extracavitaria, anclada al surco interauricular, con abundantísimas conexiones vasculares. Evolución postoperatoria favorable, siendo alta al cuarto día de postoperatorio. El resultado anatomopatológico confirmó el diagnóstico de feocromocitoma.

La localización extraadrenal de los feocromocitomas es infrecuente, siendo la torácica inferior al 2% y la intrapericárdica excepcional. Dado que son escasos los reportes de tumores secretores de catecolaminas a nivel cardíaco, presentamos este caso.