

TP49

333. PROCEDIMIENTO HÍBRIDO EMERGENTE EN DISECCIÓN AGUDA TIPO B STANFORD TIPO III

Velasco García de Sierra C, Mosquera Rodríguez VX, Gallardo Pedrajas F, Iglesias Gil C, Fernández Arias L, García Vieites M, Cuenca Castillo JJ

Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

Las disecciones agudas tipo B se asocian con alta mortalidad, tanto por las complicaciones vasculares asociadas como por el alto riesgo quirúrgico. El tratamiento es controvertido a pesar del auge actual por el tratamiento endovascular de aorta torácica (TEVAR). En los casos con zonas de poco anclaje proximal, un procedimiento híbrido con trasposición de troncos supraaórticos puede suponer una alternativa para ampliar las opciones del tratamiento endovascular en estos pacientes.

Paciente de 54 años que acude al servicio de urgencias por dolor dorsal y abdominal de reciente comienzo, e isquemia crítica de miembro inferior izquierdo. En TC se objetivó disección aguda tipo B con una gran puerta de entrada proximal al origen de la arteria subclavia izquierda (ASI) y con extensión distal a los vasos viscerales y ambas arterias ilíacas.

Presentaba inestabilidad hemodinámica y acidosis metabólica en relación con isquemia visceral. A través de esternotomía media se realizó translocación de ASI y arteria carótida izquierda a aorta ascendente, consiguiéndose una zona de anclaje proximal segura para una endoprótesis (34 × 150 mm). El control postoperatorio confirmó la correcta colocación de la misma con recuperación de la perfusión visceral y renal, pero sin mejoría de la isquemia de miembro inferior que precisó realización de *bypass* femorofemoral cruzado. En el postoperatorio presentó fracaso renal agudo, neumonía y taponamiento cardíaco, siendo necesaria pericardiocentesis. El paciente fue dado de alta tras 40 días de ingreso hospitalario con labetalol para control de su hipertensión arterial (HTA) y continúa bien tras 1 año de seguimiento.

TP50

296. ANEURISMA DE SENO DE VALSALVA NO CORONARIANO FISTULIZADO A AURÍCULA DERECHA ACOMPAÑADO DE COMUNICACIÓN AURICULAR TIPO *OSTIUM SECUNDUM*

García Vieites M, Mosquera Rodríguez VX, Velasco García de Sierra C, Iglesias Gil C, Fernández Arias L, González Juanatey C, Cuenca Castillo JJ

Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

Presentamos el caso de un varón de 35 años, sin antecedentes conocidos, que consulta por disnea progresiva de 10 días de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos, sin otra clínica acompañante. A la auscultación se observa soplo eyectivo pulmonar con segundo ruido desdoblado fijo, con escape diastólico largo. En ecocardiografía transtorácica y transesofágica se observa aneurisma del seno de Valsalva no coronariano, roto a aurícula derecha (AD) (orificio de rotura 5 mm); con alto flujo izquierda-derecha y comunicación interauricular tipo *ostium secundum* de 20 × 18 mm.

Se realiza intervención quirúrgica programada por esternotomía media con canulación bicava e hipotermia a 28°. Se realiza aortotomía transversa identificando un aneurisma a nivel del plano valvular con fístula a techo de AD. Se repara con parche de pericardio autólogo de 3 × 3 cm implantado en base

de anillo aórtico. Mediante auriculotomía derecha se realiza sutura directa de comunicación auricular tipo *ostium secundum*.

Presentó un postoperatorio sin complicaciones, siendo alta al quinto día posquirúrgica.

Los aneurismas del seno de Valsalva tienen una prevalencia estimada de 0,14%, siendo más comunes en la población masculina. Su localización más frecuente es el seno coronario derecho (70-90%), seguido de seno no coronariano (10-20%), y raramente de seno coronariano izquierdo. Aunque frecuentemente se presentan con defectos congénitos, su asociación con comunicación interauricular es baja. Evolucionan hacia la dilatación progresiva que puede llevar a rotura hacia pericardio o bien fistulizar a cavidades cardíacas. Un diagnóstico e intervención quirúrgica precoz son fundamentales, con una tasa de mortalidad posquirúrgica baja a corto y largo plazo.