

TP95

137. INTERVENCIÓN DE CABROL. ¿CÓMO? ¿CUÁNDO?

Lahoz Tornos A, Lucas Taveras JJ, Lorenzo Díaz M, Albaladejo da Silva P, Ray López VG
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción: presentamos el caso de un varón de 75 años de edad intervenido hace 8 años de una disección de aorta tipo A. Se había realizado la resuspensión de la válvula aórtica e interpuesto un tubo recto de dacrón de 30 mm. El paciente ingresa en la actualidad por cuadro de insuficiencia cardíaca y es diagnosticado de anuloectasia de 7 cm de diámetro e insuficiencia aórtica grave. Se indica cirugía.

Material y métodos: sumariación del procedimiento:

- Canulación arterial por arteria subclavia derecha con prótesis de dacrón de 10 mm.
- Canulación venosa por vena femoral izquierda con cánula venosa femoral (VFEM).
- Reesternotomía con sierra oscilante.
- Despegamiento de estructuras cardíacas. Rotura de arteria pulmonar.
- Enfriamiento hasta 20 °C.
- Parada cardiocirculatoria total.
- Reparación de arteria pulmonar.

- Reinicio de circulación extracorpórea (CEC) con *clamp* endoluminal.
- Apertura de aorta por prótesis de dacrón con extensión hacia anuloectasia.
- Se objetiva gran aneurisma con paredes rígidas y válvula aórtica fibrosada.
- Se practica técnica de Cabrol con tubo valvulado de 25 mm y tubo de dacrón de 8 mm.

Resultado: el paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta en buena situación clínica. No presentó complicaciones postoperatorias. Precisó abundante uso de hemoderivados para controlar la coagulopatía post-CEC.

Conclusión: en casos complejos de reintervenciones en pacientes con anuloectasia aórtica que presenten dificultad para movilizar las pastillas coronarias para la realización de un Bentall, la opción quirúrgica que nos parece más viable es la intervención de Cabrol.

TP96

113. ¿ES NECESARIO EL USO IMPLANTE DE MARCAPASOS EPICÁRDICOS TRANSITORIOS EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA?

Pérez Andreu J, Gutiérrez García F, Arribas Leal JM, Taboada Martín R, Albaladejo da Silva P, Jiménez Aceituna A, Arcas Meca R
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción: el uso de marcapasos epicárdicos transitorios tras cirugía de revascularización miocárdica es una práctica habitual en muchos centros por su seguridad y eficacia. Las complicaciones relacionadas tras la retirada de los mismos son inusuales pero graves, incluyendo hemorragia, taponamiento y muerte.

Material y métodos: describimos el caso de un varón de 48 años sometido a cirugía de revascularización miocárdica. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias, siendo extubado a las 3 h de la llegada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y no requiriendo uso de inotrópicos ni hemoderivados. Mantenía ritmo sinusal. A las 48 h se retiraron los tubos de drenaje así como los electrodos de estimulación transitorios ventriculares epicárdicos. A los pocos minutos el paciente comenzó a inestabilizarse hemodinámicamente. Mediante ecocardiografía transtorácica se objetivó un hematoma

que comprimía la cara anterior de ventrículo derecho junto con movimiento paradójico del tabique. Requirió reapertura esternal emergente en UCI, objetivándose zona de sangrado activo correspondiente al área de implante de electrodos transitorios. La evolución posterior fue satisfactoria, y el paciente fue dado de alta hospitalaria al décimo día.

Conclusión: el uso rutinario de marcapasos epicárdicos transitorios en cirugía de revascularización miocárdica no está justificado en todos los pacientes, y deberíamos seleccionar aquellos que realmente lo precisen. Diabetes *mellitus*, arritmias preoperatorias y la necesidad de marcapasos en la salida de circulación extracorpórea son factores de riesgo para la necesidad de marcapasos en el postoperatorio inmediato.

La cirugía coronaria sin bomba estaría asociada a una menor necesidad de estimulación cardíaca.